NR. 20 LWOW, DNIA 15. PAŹDZIERNIKA 1904. ROK II.

GŁOS LEKARZY

Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny

SUBWENCYONOWANY PRZEZ GALICYJSKIE IZBY LEKARSKIE I PRZEZ TOWARZYSTWO „SAMOPOMOCY LEKARZY“

Wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca.

Redaguje Komitet. Redaktor naczelny: Dr. Szczepan Mikołajski.

Adres w sprawach redakcyjnych i administracyjnych: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ul. Śniadeckich l. 6. — W sprawach inseratowych adres: Mgr. Julian Hausberg, Lwów, pl. Strzelecki, 2, I. piętro.

Prenumerata roczna wynosi 6 kor., w Rosyi 3 ruble, w Niemczech 6 marek. Wszelkie przesyłki pieniężne adresować należy: Dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka, l. 14. — Konto czekowe pocztowej kasy oszczędności Nr. 839.786.

W jedności siła!

Komisya prasowa w Izbie lekarskiej.

Na posiedzeniu lwowskiego Towarzystwa lekarsk. z dnia 8. lipca br. poruszyłem myśl, aby, czy to w łonie Towarzystwa, czy też w łonie Izby lekarskiej, utworzono komisyę prasową, któraby nawiązała stosunki z prasą krajową i w urzędowych komunikatach prostowała błędne informacye o stosunkach w zawodzie lekarskim, często w dziennikach się pojawiające a w razie potrzeby odpierała także nieuzasadnione ataki, wymierzone przeciw poszczególnym lekarzom, przeciw instytucyom lub grupom lekarzy. Myśl ta znalazła na zebraniu Towarzystwa uznanie i w zasadzie uchwalono taką komisyę prasową do życia powołać, obrady zaś nad sposobem przeprowadzenia tej sprawy odroczono do jesiennego zebrania członków Towarzystwa.

Ponieważ rzecz ta ma szersze znaczenie, a i wśród członków lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, którzy w zebraniu z 8. lipca br. udziału nie brali, motywy wniosku mogą być niedostatecznie znane, powtórzę tu pokrótce powody, które za utworzeniem komisyi prasowej przemawiają.

Propozycya o tyle nie jest nowością, ile że podobne komisye prasowe istnieją w różnych Towarzystwach i związkach lekarskich za granicą a także i poza sferami lekarskiemi każdy stan, każda korporacya, dbała o swe moralne i materyalne interesy, utrzymuje stały kontakt z prasą, gdyż bez życzliwego poparcia prasy dzisiaj trudno cokolwiek przeprowadzić.

W prasie krajowej wskutek braku informacyi, zasięgniętych w sferach kompetentnych, pojawiają się bardzo często błędne wiadomości o stosunkach w świecie lekarskim a wiadomości te, rozpowszechnione przez dzienniki w szerokich kołach, szkodzą nieraz zawodowi lekarskiemu i nadwerężają zaufanie do lekarzy i sztuki lekarskiej. Na dowód przytoczę parę przykładów z ostatniego roku.

Przed kilkoma miesiącami obiegła dzienniki lwowskie pogłoska, że na oddziale położniczym szpitala powszechnego w jednym dniu aż pięć osób zmarło. Nie trzeba chyba dowodzić, że tego rodzaju plotka wywołać musiała wśród ludności wielkie wrażenie i dyskusyę dla szpitala nieżyczliwą. Jeśli zaś zważymy, do jakich następstw we Wiedniu doprowadziło systematyczne podkopywanie reputacyi szpitali, to i u nas takich bezpodstawnych bajeczek lekceważyć nie będziemy. Przypomnę, że w tym wypadku informator pism codziennych złośliwie wyzyskał fakty, gdyż w rzeczywistości pewnego dnia urodziły się na oddziale położniczym trzy płody zmacerowane, dawno przed porodem w łonie matki obumarłe, a nadto zmarła w tym dniu osoba, przywieziona do szpitala w stanie konania, właściwie zaś tylko jedna chora, pielęgnowana w szpitalu, tego dnia na oddziale położnych życie zakończyła.

Mniej więcej w tym samym czasie podały też dzienniki alarmujące wiadomości o rzekomo panującej w szpitalu epidemii gorączki połogowej, co również okazało się zmyśleniem, a dla reputacyi szpitala było szkodliwem.

Jedno z pism miejscowych, otaczające szczególną opieką fizykat miejski, kilka razy w roku odkrywa w mieście różne epidemie a w przeszłym roku naliczyło pewnego poranku aż 150 wypadków płonicy, przez lekarzy i przez fizykat rzekomo ukrywanej. Śród publiczności powstało wprost przerażenie i wiele rodzin na prowincyi wstrzymało wyjazd dzieci do szkół lwowskich, alarm bowiem uczyniono tuż przed początkiem roku szkolnego.

Proces posługacza klinicznego o odszkodowanie za obrażenia, powstałe przy doświadczeniach roentgenowskich, dał podnietę do opowieści w pewnym dzienniku o mnogich innych ofiarach nauki, leczonych w szpitalu lwowskim.

Gdyby rejestrować nieusprawiedliwione niczem zaczepki poszczególnych lekarzy w dziennikach lwowskich, trzebaby spisać długi wykaz nawet w razie ignorowania pewnych tygodników, biorących publiczność w specyalną obronę wobec lekarzy.

Lecz nawet wtedy, gdy pewne pismo chce lekarzom oddać przysługę, z nieznajomości rzeczy powstają nieraz komentarze, dla stanu lekarskiego niekorzystne. Tak n. p. przed rokiem jedno z pism podało artykuł, omawiający potrzebę służby lekarskiej ambulansowej w pospiesznych pociągach kolejowych a na dowód przytoczyło wypadek śmierci, który wydarzył się skutkiem krwotoku u kobiety rodzącej w pociągu i w porę pomocy lekarskiej pozbawionej. Artykuł więc podniósł sprawę bardzo aktualną i wskazał potrzebę rozszerzenia pomocy lekarskiej w służbie publicznej. Atoli w zakończeniu była uwaga, że według zasad obecnych nauki lekarskiej kobieta rodząca, do której na czas zawezwano lekarza, „nie śmie umrzeć“. Takie przedstawienie rzeczy, przeceniające pomoc lekarską, jest oczywiście absurdem, bo są wypadki, w których kobieta rodząca umiera nawet przy wczesnej obecności kilku lekarzy specyalistów, gdyż w warunkach porodowych, w jakich się znajduje, umrzeć musi, jeśli ją chyba jakiś cud nie zbawi. Notatka taka w dzienniku poczytnym wywołać może bezpodstawne pretensye śród publiczności do lekarza i dla tego jeden ze specyalistów położników usiłował ją sprostować za pośrednictwem redakcyi „Głosu lekarzy“. Przesłaliśmy ten list do redakcyi dziennika z bardzo uprzejmą prośbą o sprostowanie, jednak bez żadnego skutku.

Inne pismo lwowskie w korespondencyi z Wiednia przedstawiło z gruntu fałszywie i tendencyjnie zatarg wiedeńskiej Izby lekarskiej z rządem w sprawie konfliktu Izby z Kasą chorych bankierów i ich funkcyonaryuszy a korespondencya ta w zastosowaniu do lekarzy galicyjskich mogła błędnie poinformować publiczność o warunkach bytu lekarzy i o ich dążeniach.

Nie będę już dalej mnożył przykładów. Na podstawie przytoczonych faktów, odnoszących się do prasy jedynie lwowskiej i do ostatniego roku, można stwierdzić, że prasa przez ciągłe ataki bądź na poszczególnych lekarzy, bądź też na instytucye lecznicze, wreszcie przez błędne informowanie jest w stanie bardzo szkodliwie oddziałać na publiczność. Pomijam już niestosowne nowelki i humoreski, które wzniosły zawód lekarski czynią przedmiotem kpin i dowcipów wątpliwej wartości.

Więc należałoby zorganizować pewną obronę i nawiązać z prasą jakieś stosunki informacyjne. Wprawdzie zaczepiony lekarz

czy instytucya ma prawo odwołać się do ustawy prasowej i żądać sprostowania, lecz ta droga nie jest stosowną ani skuteczną. Obrona samego interesowanego nie przemawia do przekonania publiczności, która pozostaje zewsze pod wrażeniem, że coś tam przecie być musi prawdy w pierwotnem brzmieniu plotki.

Urzędników broni przed niezasłużonymi zarzutami władza, która występuje w imieniu poszkodowanego i posyła dziennikowi sprostowanie faktów. Lekarze mogą liczyć, że sumienny i uczciwy dziennik bez przymusu ustawy sprostuje błędną wiadomość na żądanie pewnej reprezentacyi zawodowej. A taką reprezentacyą stanu lekarskiego jest Izba lekarska, ona więc powinna z urzędu stać na straży nie tylko godności całego stanu, ale i honoru zawodowego poszczególnych lekarzy.

Stanowisko lekarza opiera się na zaufaniu publicznem, a systematyczne podkopywanie tego zaufania przez lekkomyślne doniesienia dziennikarskie wyrządza szkodę nie tylko lekarzom, lecz i społeczeństwu. Dziennik lekarzowi daleko więcej szkodzi, gdy bez należytego sprawdzenia faktów rozszerza o nim uwłaczające pogłoski, niż gdyby podobną notatkę zamieszczono o urzędniku, nauczycielu lub w ogóle o jakimkolwiek innym funkcyonaryuszu, którego źródłem utrzymania jest stała pensya i któremu krytyka jednostronna wcale nie przeszkadza w dalszym awansie. Lekarz żyje z zaufania publiczności. Tu sumienny dziennik powinien bardzo dobrze rozważyć, zanim puści w świat lub za innem pismem na oślep powtórzy pogłoskę, uwłaczającą dobrej sławie zawodowej lekarza. A jednak dzieje się wprost przeciwnie i w żadnym innym zawodzie nie jest się wystawionym na tyle niezasłużonych pocisków ze strony organów prasy, co właśnie w zawodzie lekarskim. Może więc dałoby się coś przeciw temu zaradzić, a moja propozycya właśnie do tego zmierza.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

(Prace nagrodzone na konkursie „Głosu lekarzy“.)

IV.

Położenie materyalne lekarzy gminnych i okręgowych w Galicyi.

Napisał

Dr. Stanisław Zasacki.

(Dokończenie).

II.

Obraz materyalnego położenia lekarzy gminnych i okręgowych nie byłby skończony, gdybyśmy nie rozpatrzyli jeszcze jednej okoliczności:

z a o p a t r z e n i a w d ó w i s i e r ó t.

Ze wszystkich dóbr materyalnych i moralnych uważają powszechnie za największe, przynajmniej w zwykłych warunkach, życie ludzkie.

Stosunek śmiertelności lekarzy gminnych i okręgowych jest już nie — rozpaczliwy, ale wprost przejmujący grozą.

Od r. 1892 do 1900 umarło 13 (do chwili, w której to piszemy już 17) lekarzy okręgowych przeważnie ludzi młodych, niżej 35 lat wieku[2]). Należy rozważyć, że nie jest to stosunek 13 do 107 czynnych względnie 128 okręgów (razem z nieobsadzonymi okręgami) ale stosunek ten przedstawia się o wiele gorzej. Nie powstało bowiem w r. 1892 odrazu 128 okręgów, ale okręgi te tworzono stopniowo (w r. 1892 utworzono okręgów 14 w r. 1893—29, w r. 1896—23, w r. 1897—20, w r. 1898—27, w r. 1899—15)[2]).

Jeżeli uwzględnimy krótki czas, przez jaki istniała przeważna część okręgów i stosunek, w jakim śmierć rok rocznie lekarzy okręgowych zabierała, to na określenie jedno chyba znajdziemy słowo: *Morituri.*

Przyczyną tak znacznej śmiertelności galicyjskich lekarzy okręgowych*) są obok rozpaczliwych warunków materyalnych które popchnęły nawet tu i ówdzie mniej odporne jednostki do samobójstwa, przedewszystkiem choroby zakaźne. Lekarze gminni i okręgowi z ustawowego obowiązku spotykają się pierwsi z najpierwszymi i najwięcej zaniedbanymi wypadkami chorób zakaźnych, które, jak wiadomo, w początkach epidemii zwykle najzjadliwiej występują.

Wracając do właściwych stosunków materyalnych, zaznaczyć musimy, że posiadający rodzinę zmarli lekarze okręgowi pozostawili ją, prawie bez wyjątku, w ostatniej nędzy. Ustawodawstwo krajowe galicyjskie nie zapewnia wcale bowiem zaopatrzenia dla wdów i sierót po lekarzach, ani nie zapewnia emerytur na starość. Tu i ówdzie w niektórych tylko powiatach lekarze okręgowi zdobyli prawo zaopatrzenia (z funduszów powiatowych emerytalnych); są to jednak wypadki sporadyczne i ogólnej reguły nie naruszają. Nawet i w tych powiatach jednak — ponieważ pensye lekarzy gminnych i okręgowych są w ogóle bardzo niskie (przeważnie 1.000 do 1.200 K) pensye wdowie (w najlepszym razie 600 do 700 K rocznie) i sieroce są bardzo nędzne.

Przy porównaniu z innymi krajami monarchii austryackiej okaże się, że lekarze gminni i okręgowi posiadają prawo zaopatrzenia na M o r a w a c h (od r. 1898) w K r a i n i e (tylko pensye wdowie i sieroce) w K a r y n t y i (od r. 1900 pensya wdowia po 800 K rocznie bez względu na pensyę męża: lekarze żadnych wkładek od pensyj na ten cel nie opłacają[2]) i w A u s t r y i N i ż s z e j (od r. 1902)[5]).

W Galicyi lekarze okręgowi podali w r. 1900 przez wybrany na I. Zjeździe komitet (przewodniczący kol. Natter z Frysztaka) petycyę, kilkakrotnie od tego czasu ponawianą, o przyznanie im prawa do zaopatrzenia. Petycyi tych Wydział krajowy ze względów formalnych Sejmowi nie przedłożył, a dopiero w r. 1902 na wniosek jednego z posłów Sejm wezwał Wydział krajowy, aby przedłożył na następną sesyę wnioski w tej sprawie[5]).

Na następnej sesyi w r. 1903 Wydział krajowy konkretnych wniosków Sejmowi nie przedłożył, głównie pod pozorem potrzeby przeprowadzenia wprzód rokowań z c. k. r z ą d e m[5]) o współudział w emeryturach dla a u t o n o m i c z n y c h lekarzy i — pod niezgodnym z rzeczywistością — jak widzimy — pozorem, że „kwestya stałego unormowania postanowień co do zaopatrzenia lekarzy okręgowych na starość i ich wdów i sierót w innych krajach monarchii nie jest jeszcze rozwiązana“ [5]).

III.

W ten sposób wyczerpaliśmy iście dantejski obraz położenia materyalnego lekarzy gminnych i okręgowych w Galicyi, kre-

*) Niestety nie mam pod ręką uporządkowanych statystycznych danych, wykazujących, ile rok rocznie śmierć z pomiędzy austryackich lekarzy gminnych i okręgowych zabrała. Warto byłoby także porównać cyfry co do stosunku śmiertelności lekarzy okręgowych i gminnych w Galicyi i w Rosyi

---

QUIDAM.

Dwa wspomnienia lekarza okręgowego.

O Dante! czy ty marzyłeś te kręgi,
W których by człowiek pragnął ludzkich twarzy,
A wkoło takie figury ciemięgi...
Taka gromada szara gospodarzy...

Juliusz Słowacki.

Stałem na morskiem wybrzeżu. Wiatr dął zimny, chłodne fale Czarnego morza z wściekłością rozbijały się o portowe bulwary. Dalej las masztów, rei i kominów parostatków.

Wśród tego ruchu, jaki panuje zawsze w porcie, zwróciła moją uwagę gromadka ludzi. Dziwne figury: głowy nawpół ogolone, szare kaszkiety i szynele formy prawie wojskowej, a na każdej szyneli z tyłu na plecach czworokątna łata.

— Co to jest? — wskazując nieznacznie na jedną z takich figur zapytałem z pewnem zaniepokojeniem komisyonera, który sprawował przy mnie rolę cycerona.

— *Nieszczasnyj!* (nieszczęśliwy), odrzekł po rosyjsku, lekko wzruszając ramionami, jakby się dziwił, że może ktoś nie wiedzieć tego.

Zrozumiałem. Ta gromada szara to ojcobójcy i mordercy, których rząd wysyła na osiedlenie na daleką Północ, morską drogą. A może tylko ofiary despotyzmu? Może pomiędzy tą gromadą bydląt ludzkich znajdują się ludzie o wielkiem sercu i inicyatywie, którzy pragnęli lepszej przyszłości dla swej ojczyzny, a za umiłowanie tej idei rząd moskiewski bez sądu, d r o g ą a d m i n i s t r a c y j n ą wyrywa ich z łona społeczeństwa, w którem powinniby zająć naczelne miejsca...

— Ot! przynajmniej ich bilet nie kosztuje — rzekł łamaną polszczyzną komisyoner — jadą w daleką podróż na *Kazionnyj* (rządowy) koszt a ta łata na plecach to — *bubnowyj tuz* (as dzwonkowy), jakby który z nich uciekał, to nasz *sołdat* ma i cel gotowy...

— Dosyć! — rzekłem, nieciekawy będąc dalszych ze szczególnym cynizmem wygłaszanych objaśnień. Jaki ten rząd moskiewski — równocześnie pomyślałem sobie — przezorny jednak i konsekwentny jest w swojem barbarzyństwie.

— Chodźmy stąd! — zakomenderowałem komisyonerowi, wręczając datek, na jaki stać mię było, dla rozdziału pomiędzy *„nieszczasnych“.*

Jeszcze niedaleko odszedłem bulwarem, gdy z pobliskiego parowca doleciał mię chór niedobranych, ochrypłych głosów. To skazańcy wyją swoją aresztancką piosenkę:

Gołowa obrita
I sieryj kartuz
Sieryj szyneliszko
I „bubnowyj tuz“

śląc go, o ile to się dało, w cyfrach, a każda z tych cyfr pełna jest potu i krwi, zmarnowanych w niewdzięcznej służbie ludzkich istnień. Na bramie okręgowego przedpiekła zdaje się widnieć złowrogi napis: *lasciate ogni speranza.*

Dla uzupełnienia obrazu pozostaje jedynie zastanowić się nad

1. znaczeniem służby zdrowia gminnej i okręgowej dla Galicyi, oraz
2. czy znajdzie się jaki punkt wyjścia z dotychczasowych rozpaczliwych stosunków.

Celem bowiem niniejszej krytyki jest także i rozpatrzenie czy lekarze gminni i okręgowi godni są swojego tragicznego losu, a jeżeli nie, to jakie są środki zaradcze. Zresztą rozpatrzenie znaczenia lekarzy gminnych i okręgowych dla Galicyi potrzebne nam jest dla wskazania środków poprawy bytu i wyciągnięcia ostatecznych wniosków.

Co do pierwszego punktu niech odpowiedzą cyfry:

Śmiertelność w Galicyi w 1890 r. wynosiła 32·7‰. W ciągu lat, stopniowo się zmniejszając, spadła do 27·59‰. Znaczy to, że przy takiem procentowem obniżeniu się śmiertelności w ciągu 1900 r. o 37.236 osób więcej żyje, o tyleż więcej mamy rąk do pracy, oraz mniej nieszczęść i nędzy[2]). Równorzędnie przy takiem zmniejszeniu się śmiertelności zmniejszyć się musiała i chorobowość o 26.065.200 dni. (Podług Pettenkofera 1 przypadek śmierci wypada na 35 zachorzeń, 1 choroba trwa przeciętnie 20 dni). Przyjmując koszt leczenia, stratę czasu i brak zarobku przez chorego, a częściowo i przez pielęgnujące go otoczenie na 1 koronę dziennie, otrzymamy olbrzymią sumę 26.065,200 koron które ludność zaoszczędziła wskutek poprawy stosunków zdrowotnych w ciągu jednego roku").

Zmniejszenie się to śmiertelności i zmniejszenie się ilości chorób przypisać należy poprawie stosunków zdrowotnych od czasu organizacyi gminnej i okręgowej służby zdrowia, pracom asanacyjnym (a więc głównie pracy lub inicyatywie lekarzy gminnych i okręgowych) dalej zapobieganiu rozszerzeniu się chorób nagminnych, wczesnemu tłumieniu epidemii, leczeniu ubogich przez lekarzy gminnych i okręgowych, ułatwieniu w osięgnięciu rychłej pomocy lekarskiej przez utworzenie okręgów, zapobieganiu wielu chorobom następowym i kalectwom po chorobach zakaźnych przez wczesne leczenie (jak głuchota po zapaleniu ucha środkowego wśród odry, płonicy lub błonicy — ślepota po ospie, porażenia po błonicy) i t. d. Dzięki temu ilość zmarłych na choroby zakaźne, która w r. 1890 wynosiła jeszcze 62.585 osób, w ciągu lat stopniowo się zmniejszając, doszła do liczby 37.439 osób, mimo wzrostu ludności[2]).

A więc chyba dość lekarze dla kraju i ludności zrobili i organizacya gminnej i ogręgowej służby zdrowia doniosłe dla kraju przyniosła skutki.

Jakie wyjście z dotychczasowych rozpaczliwych warunków bytu?

Gdybyśmy byli tylko szczupłą garstką pracowników dla samych siebie, dążenie do poprawy warunków materyalnych miałoby jedynie interes zawodowy. Gdy jednak od poprawy tych stosunków zależy rozwój służby zdrowia gminnej i okręgowej i gdy interes kraju i jego ubogiej ludności domaga się tego rozwoju, sprawa lekarzy gminnych i okręgowych przestała być sprawą, dotyczącą ich samych i stała się sprawą, dotyczącą ogółu. W tem znaczeniu pojmując swoją służbę, lekarze gminni i okręgowi poświęcili społeczeństwu swą pracę, a praca ta, jak widzimy z krótkiego szkicu przyniosła owoce.

Gdy w interesie społeczeństwa jest rozwój okręgów i gminnej służby zdrowia, a ten da się osiągnąć jedynie przez polepszenie bytu lekarzy gminnych i okręgowych, przeto obowiązkiem jest do tego dążyć. A poprawę stosunków da się osiągnąć nie żebraniną i wyczekiwaniem w przedpokojach sfer miarodajnych, ale krytyką — krytyką bezwzględną a rzeczową na zgromadzeniach i w prasie. Krytyka wyrabia i kieruje opinią publiczną, a rząd czy to autonomiczny, czy absolutny pod zewnętrzną maską konstytucyonalizmu, czy w końcu despotyczny — rychło przestałby być rządem, gdyby nie kierował się opinią publiczną.

Zaznaczamy, że krytykę obecnych stosunków uważamy za środek, ale nigdy za cel.

Celem, do którego dążyć powinniśmy, celem, z którego rozwinie się poprawa stosunków w kraju i poprawa bytu lekarzy gminnych i okręgowych, jest nadanie sprawom sanitarnym należnego im znaczenia, oparcie ich o jak najszerszą autonomiczną podstawę.

W tym dążeniu uwzględnić musimy, że sprawy sanitarne nie mają należytego zastępstwa w autonomicznym naszym rządzie krajowym. W departamencie sanitarnym tak obszernego kraju, jak Galicya, nie pracuje w sprawach, dotyczących ogólnych stosunków sanitarnych i gminnej oraz okręgowej służby zdrowia, żaden lekarz.

Stąd pewne niedocenianie pracy i potrzeb lekarskich.

O czynnościach sanitarnych (szczepienie, służba zdrowia gminna i okręgowa) decydują ludzie — choćby nawet ogólnie bardzo wykształceni, przychylni stanowi lekarskiemu i ożywieni najlepszemi chęciami dla poprawy stosunków w kraju — ale niefachowi, którzy w swojem życiu nie wykonali nigdy żadnej czynności lekarskiej, ani nawet nie mają dokładnego pojęcia, jak się takowa odbywa.

Tu źródło błędów i przeoczeń.

W miarę odpowiedniejszej organizacyi biura krajowego dla spraw sanitarnych przyjdzie i stosowniejsza ocena pracy lekarskiej i zrozumienie sanitarnych potrzeb kraju a wówczas i położenie materyalne lekarzy gminnych i okręgowych się poprawi.

A poprawa tych stosunków i liczniejsza i stosowniejsza organizacya służby sanitarnej korzyść przyniesie ludności w tym najwięcej zaniedbanym „kraju mogił i krzyży“, gdzie dotychczas więcej niż w każdej innej prowincyi państwa austryackiego, śmierć ofiar rok rocznie zmiata i gdzie ludzie najkrócej żyją.

Nawet w powyższym krótkim szkicu można spotkać niewątpliwe dane, że lekarze autonomiczni więcej przychylności doznają ze strony krajowych władz rządowych, niż od własnej władzy autonomicznej. Przyczyną tego jest, że w urzędach rządowych pracują ludzie fachowi, rozumiejący więcej potrzeby sanitarne kraju, ludności i lekarzy, więc zdolni do sprawiedliwszej oceny czynności lekarskich, niż władze krajowe autonomiczne.

Po części w naszych własnych rękach, w naszej wiedzy, inteligencyi, sile przekonań i woli leży zbudzić drzemiące siły kraju i skierować je na drogę postępu pod względem sanitarnym. Że przy tej sposobności dążymy zarazem i do poprawy naszego bytu, bo wiąże się on z poprawą ogólnych stosunków w kraju, któż rzuci za to na nas kamieniem potępienia?

Materyały:

1) *Referat kraj. Rady zdrowia* w sprawie petycyi lekarzy okręgowych l. 9, 12, 24/kr. rady zdr. ex 1901.

Biedniaszka! propał ja
Propał na wsiegda
I żyźn tak prochodit
Kak mutna woda.

Proszczaj port Odessa!
Proszczaj kwarantin!
Pierwom korabliszkom
Jedjom w Sachalin...

(Głowa ogolona — i szary kaszkiet, szary szynel i „as dzwonkowy“ Biedak! przepadłem na zawsze i życie tak płynie jak mętna woda.

Żegnaj porcie Odesso! Żegnaj kwarantanno! Pierwszym okrętem jedziemy na Sachalin).

To wycie ojcobójców i morderców długo dzwoniło mi w uszach i ta bolesna w swym cynizmie piosenka na długo pozostała w mej pamięci... Biedny lud!

* * *

Minęło lat kilka.

Stałem w portyku wspaniałego gmachu. Greckie kolumny wybiegły wysoko, a ja u ich stóp czułem się tak mały... Tu wybrańcy narodu „o dobru pospolitem radzą“, tu żadna krzywda, żadna niesprawiedliwość społeczna popełnioną być nie może, bo nie pozwoli na to zgromadzenie mężów, czoło narodu! krew z krwi i kość z kości naszej. O! jakżem ja mały wobec tego gmachu i wobec tej myśli, która zdaje się być zaklętą w każdy z tych potężnych ciosowych głazów, jakie na budowę jego się złożyły.

Ale zaczyna się ruch w przedsionku. Na skinienie portyera, lub charakterystyczny — tutaj w tem znaczeniu po raz pierwszy przezemnie posłyszany — wykrzyk: „Dawać!“ podjeżdżają odrapane dorożki, ciągnione przez biedne, schorzałe konie.

Mija mię właśnie w przedsionku młody, energiczny mężczyzna o wspaniałej, kruczej, zlekka tylko siwizną przyprószonej czuprynie. Ukłoniłem się nieśmiało...

— Górą nasi! — raźno przemówił, wyciągając do szczerego uścisku dłoń szeroką, którą z niskim ukłonem przyjąłem. Przedłożono wniosek — mówił dalej — aby przeznaczyć 10.000 K na zapomogi dla wdów i sierót po was i to już od roku 1906.

— Przepraszam — rzekłem — zająkując się nieśmiało — a czy równocześnie wyjdzie rozporządzenie, że przez cały 1905 r. nie wolno nam umierać?

— Panie! panie! rzekł karcąco mój interlokutor, pana w takiej chwili żarty się trzymają... liczyć się powinniście panowie, że przecież... jakoś to będzie.

— Rzeczywiście — rzekłem — udając uciechę — takie stałe pensye wdowie i sieroce...

— Przepraszam, że przerwę — odparł, pociągając zlekka swe krucze bokobrody — zapomogi będą, ale od wypadku

2) *Dr. Józef Merunowicz:* W sprawie zmiany ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach. Przegląd lekarski z roku 1902 Nr. 12-ty i następne
3) *Dr. Józef Barzycki* i Dr. Zdzisław Lachowicz. Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych. Lwów 1899—1902 t. I. II. III.
4) *Dr. Józef Daimer:* Handbuch der österreichischen Sanitäts-Gesetze. Leipzig und Wien 1896.
5) *Sprawozdanie* z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 1. listopada 1901 do 31. października 1902 r.
6) *Głos lekarzy* z r. 1903 Nr. 5-ty.
7) *Głos lekarzy 1903 Nr. 4.*
8) *Sprawozdanie* c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1897, 1898, 1899.
9) *Dr. Szpilman.* Uwagi o ekonomicznem znaczeniu hygieny kraju naszego „Przegląd hygieniczny“ z r. 1902 Nr. 1.

Przeciw specyfikom.

(Dokończenie).

Wspomnę jeszcze o kontroli nad składem chemicznym specyfików, która wydaje mi się niedostateczną.

Nie wolno u nas sprzedawać specyfików o nieznanym składzie. Położono przez to tamę sprzedaży środków, silnie działających i wymagających koniecznie kontroli lekarskiej a nadto zapobieżono wyzyskowi, ustanawianiu wygórowanej ceny za leki małowartościowe, ukrócono szalbierstwo fabrykantów. Ale to jeszcze nie wystarcza. Nawet i specyfiki o oznaczonym składzie chemicznym należałoby poddać stałej kontroli ze strony rządowych organów sanitarnych i każdy specyfik powinno się kilka razy do roku poddawać rozbiorowi chemicznemu dla stwierdzenia, czy zawiera składniki, wymienione w prospektach, w odpowiedniej ilości i jakości. Jeśli aptekarz za wyekspedyowanie mniejszej ilości leku, niż za nią otrzymał zapłatę, nie uniknąłby procesu o oszukańcze manipulacye, a za trzechkrotnem powtórzeniem takiego nadużycia utraciłby koncesyę aptekarską, to niema najmniejszego powodu, aby wobec fabrykantów, zasypujących świat wytworami aptecznymi, nie stosowano tego samego rygoru. Przydałby się więc w każdym kraju zakład specyalny do badania ciągłego przeróżnych specyfików, zarówno wyrabianych w kraju, jak za granicą. Zanim to zaś nastąpi nasze komisye przemysłowo-lekarskie powinny bodaj co do środków, zaleconych przez Tow. lekarskie, dokonywać kilka razy do roku próbnych rozbiorów i udzielać poparcia jedynie z tem zastrzeżeniem i na tak długo, jak długo przetwór podlega takiej systematycznej kontroli. A przy tem słusznie już w pismach warszawskich zwrócono uwagę, że dokonywanie próbnego lub kontrolnego rozbioru chemicznego okazów, dostarczonych przez samą firmę wytwórczą, nie ma zgoła żadnego sensu, lecz że należy brać do rozbioru okazy z handlu detajlicznego, z różnych aptek. Kontrola powinna być ścisła i bezwzględna. Tu nie wolno dać się olśnić hasłem o popieraniu wytworów krajowych, gdyż lichy specyfik, lub nie odpowiadający rzetelnie zapowiedzianemu składowi chemicznemu, o wiele więcej przynosi szkody ludności, niż pożytku wytwórstwu krajowemu.

Komisya przemysłowo-lekarska krakowska widocznie potępia i krajowe specyfiki, gdyż wzywa naszych aptekarzy, by specyfików nie wyrabiali. Na takie ryczałtowe potępienie specyfików trudno się zgodzić, a jeśli przyznamy, że dobry specyfik z zastrzeżeniem pewnych ograniczeń może być w praktyce lekarskiej przydatny, to niema powodu, dla czegobyśmy krajowym wytwórcom odradzali wytwarzania specyfików. Owszem cieszyć nas powinno, gdy przemysł krajowy i na tem polu naprzód postępuje i stara się nadążyć postępom zagranicy.

Jest jednak wielu, którzy pod tym względem popadają w przesadę i gotowi są wybaczyć wytwórcy krajowemu wszelkie usterki, byle tylko ten przemysł krajowy, tak dziś pielęgnowany i troskliwie hodowany, dalej się rozwijał, byle „handel szedł“. Można to czynić a nawet trzeba czynić w innych gałęziach przemysłu, gdzie odbiorca z patryotyzmu powinien przymrużyć oczy czasem na trochę wyższą cenę, czasem na mniej dokładne wykończenie, lub na jakość towaru, byle jego użytkowa wartość była odpowiednia.

W tak trudnych, jak u nas, dla przemysłu warunkach, może on się jako tako rozwinąć tylko przy patryotycznem poparciu całego społeczeństwa, a poparcie objawiać się musi w pewnych drobnych ustępstwach i w życzliwej ocenie pierwszych prób rodzimego wytwórstwa.

Ale w zakresie środków leczniczych żadnych ustępstw na rzecz przemysłu krajowego nie wolno czynić, bo tu chodzi nie o wygody, ale o zdrowie i życie cierpiących. Krajowe tedy wytwory lecznicze, a więc i specyfiki, muszą pod każdym względem dorównywać zagranicznym, jeśli je lekarz sumienny ma popierać, muszą być równie przystępne w cenie, równie dokładnie i starannie przyrządzone, równie skuteczne i równie w zażyciu przyjemne. Dalej wytwórca krajowy musi się zastosować do tych zastrzeżeń, które wskazuje dobro chorych, a które w ogólnym zarysie przedstawiliśmy.

Co do specyfików więc tak krajowych, jak obcych żądania lekarzy streszczają się w następujących punktach:

1. Lekarz bezwarunkowo zwalczać musi specyfiki, które:
   a) nie są dokładnie znane co do swego składu;
   b) do których dla reklamy dołączone bywają wskazania lecznicze dla poszczególnych chorób, lub podziękowania rzekomo uleczonych osób, lub rekomendacye powag lekarskich;
   c) które wytwórcy narzucają publiczności drogą jarmarcznej reklamy przez ogłoszenia i inseraty w pismach politycznych.
2. Lekarze żądają, by aptekom wzbroniono odręcznej sprzedaży specyfików.
3. Lekarze galicyjscy mogą mieć zaufanie głównie do tych specyfików, które pozostają pod stałą kontrolą krajowych komisyi przemysłowo-lekarskich, lub których skuteczność stwierdzono w krajowych zakładach leczniczych.

W razie równych warunków co do jakości i ceny pierwszeństwo należy się specyfikom, wytwarzanym w kraju, przed obcymi podobnymi wytworami.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Od redakcyi: W sprawie specyfików toczyła się w tym roku dyskusya w Izbach lekarskich, którą w dalszym ciągu w „Głosie lekarzy“ podamy.

Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych.

(Ciąg dalszy.)

Sprawa wolnego wyboru lekarza przedstawia w praktycznem przeprowadzeniu pewne trudności i ze względu na interesy Kas chorych i ze względu na interesy zawodowe lekarzy, a byłoby

---

do wypadku i — niestałe. Chyba że my — i tu uderzył się dłonią po szerokiej fidyaszowej piersi — stałą zapomogę w jakim, zasługującym na szczególne uwzględnienie wypadku — uchwalimy.

Uczułem, że blednę.

— Ależ! — zawołałem — to jakieś okropne nieporozumienie... petycyi naszej chyba nie czytano... my nie prosiliśmy o jałmużnę z funduszów ogólnych... myśmy prosili o pełne emerytury, choćby z poniesieniem z naszych szczupłych pensyi pewnych ofiar...

— No! no!... przyjdzie i to z czasem. Wy panowie jesteście zbyt gorącymi. Ale pojmujesz pan, że na przeprowadzenie takiej rzeczy, potrzeba lat... kilkunastu... kilkudziesięciu może...

Zresztą masz pan tu sprawozdanie.

— Dziękuję.

— No! nie miej kolega tak strapionej miny — rzekł, jakby w przypływie nagłego współczucia. Co tam... Ale, ale... mam właśnie posiedzenie komisyi...

Żegnam.

Dorożka z moim interlokutorem potoczyła się w stronę — znanej restauracyi.

I znów wypłatał mi figla djablik, który mię pędził po szerokim świecie, gdy mi w ojczyźnie zaczęło być za ciasno... i który kazał mi najpiękniejsze lata zmarnować w służbie dla obcego ludu, a w końcu rzucił mię do górskiej wioski, do stóp chat dymnych, rozrzuconych, jak jaskółcze gniazda, po wzgórzach, ot! byle głowę złożyć wśród swoich.

Może pod wpływem podszeptu tego chochlika, odwróciłem ostatnią stronicę wręczonej mi broszury, drukowanej na szarej, ordynarnej bibule.

I oto wpadły mi w oczy ostatnie słowa, na które autor chciał snać zwrócić uwagę, drukując je kursywą: *„Kary dyscyplinarne są... przeniesienie* na własny koszt *do innego okręgu...“*

Zaćmiło mi się w oczach. Broszura wypadła z ręki. Wyrazy „kary dyscyplinarne“ dziwnie mi się wydały pokrewnymi obcym słowom: „po etapnym porjadkie“ (drogą administracyjną).

...Cóż to? . . . .

Znikły greckie kolumny wspaniałego gmachu, zamigotał mi w oczach las masztów i rei odeskiego portu, a w uszach zadźwięczała na wpół zapomniana cyniczna piosenka odstawianych na koszt rządu moskiewskiego na daleką północną wyspę skazańców:

„Pierwom korabliszkom
Jedjom w Sachalin“.

Aby nie upaść oparłem się ręką o ciosowe kamienie wspaniałego gmachu.

O! jak zimne te głazy...

jednostronnością szkodliwą, gdybyśmy te trudności przeoczyć lub lekceważyć chcieli.

Kasy opierają się wolnemu wyborowi lekarza głównie z powodów budżetowych. To bowiem nie ulega wątpliwości, że przy wolnym wyborze suma wydatków na lekarzy musi być większą, niż dotychczas a nadto, gdy chorzy w znacznie większym zakresie korzystać zechcą z kasowej porady lekarskiej, wzrośnie również pokaźnie i wydatek na środki apteczne, tem więcej, że lekarze, konkurując między sobą, przez uwzględnianie życzeń chorego dążyliby do pozyskania jak najliczniejszej klienteli. Wszelako dążenie lekarzy do polepszenia płac kasowych i do godziwego unormowania stosunku służbowego między lekarzami a Kasami nie powinno tak dalece wywoływać oporu w instytucyach robotniczych, gdyż przecie i klasa robotnicza domaga się słusznej zapłaty za pracę.

W Kasach chorych musi się znaleźć pokrycie na godziwą zapłatę za usługi lekarskie i na stosowne leczenie chorych a znaleźć się może, skoro w wielu już Kasach wolny wybór lekarza nie zrujnował tych instytucyi.

Ze stanowiska zawodowego lekarzy podnoszą zarzut, że lekarze, którzy obecnie zajmują posady kasowe, w razie zmiany systemu mogliby być tych posad pozbawieni.

Takie wyrzucenie na bruk lekarzy kasowych byłoby niehumanitarnem i niekoleżeńskiem. Gdy zatem sprawa wolnego wyboru dojrzeje u nas do stanowczego jej postawienia, musimy pozostawić kolegom kasowym dotychczasowe posady, a zmiana systemu może nastąpić dopiero po ich ustąpieniu lub za ich zgodą. Ponieważ zaś żądanie wolnego wyboru lekarza łączy się ściśle z żądaniem zmiany stosunku służbowego lekarzy i podwyższenia skali wynagrodzeń, przeto widoki zarobku nawet przy znacznem zwiększeniu personalu lekarzy kasowych przy nowym systemie się polepszą, co niewątpliwie skłoni lekarzy kasowych do ustąpienia z posad obecnych. W jakikolwiek zresztą sposób załatwiłoby się trudności w każdym poszczególnym przypadku, w każdym razie musi się uwzględnić prawa, nabyte przez lekarzy kasowych w długiej i mozolnej służbie.

Przeciw wolnemu wyborowi lekarza podnoszą także lekarze ten zarzut, że wprowadzenie tego systemu da możność praktykowania w miastach każdemu lekarzowi, a wobec tego i wobec krytycznych warunków bytu w naszym zawodzie zwiększy się napływ lekarzy w miastach, wzmoże się walka konkurencyjna, prowincya zaś będzie pozbawiona opieki lekarskiej. Zarzucają dalej, że w dalszem następstwie wybór chorych zwróci się do lekarzy specyalistów, którzy również nie opływają w dostatki i gotowi ofiarować swe usługi za wynagrodzeniem według taryfy kasowej, a wtedy dla ogółu lekarzy praktyków zmiana systemu nie na wiele się przyda.

W wyższym stopniu jeszcze wolny wybór lekarza mógłby, zdaniem oponentów, zaszkodzić lekarzom w małych miastach prowincyonalnych, gdzie praktyka kasowa stanowi stały dochód paru lekarzy miejscowych i dając im pewną podstawę bytu, zabezpiecza ich poniekąd przed nadmiarem sił lekarskich, gdyż lekarz, nie mający stałej posady, w takiej miejscowości utrzymać się z praktyki prywatnej nie zdoła. Po zaprowadzeniu zaś wolnego wyboru w każdem takiem mieście osiedliłoby się zaraz dwa razy lub trzy razy tylu lekarzy, co obecnie, gdyż oprócz praktyki lekarskiej mogliby liczyć na pewną część praktyki kasowej.

Zapewne te obawy spowodowały, że Izby lekarskie dla miejscowości, liczących mniej, niż 20,000 mieszkańców, odstępują od postulatu wolnego wyboru lekarza a przynajmniej orzekły, że w tych miejscowościach od ogólnej zasady odstąpićby można. W Niemczech przeciw nadmiernemu napływowi lekarzy do miast, gdzie przeprowadzono wolny wybór lekarza, w ten sposób tamę położono, że za warunek dla objęcia praktyki kasowej położono, aby lekarz od 2 lub 3 lat stale w tem mieście mieszkał i praktykował. Kto więc chce otrzymać praktykę kasową, musi w tych miastach przez parę lat się utrzymać, co wcale nie jest rzeczą łatwą.

VII.

Wynagrodzenie lekarzy w Kasach chorych.

Dotychczas niema u nas żadnych norm co do wynagrodzenia lekarzy kasowych. Ustawa o zabezpieczeniu na wypadek choroby przepisuje dokładnie, ile ma wynosić zasiłek pieniężny w chorobie (Krankengeld), koszty pogrzebu, wpływy do funduszu zapasowego; szpitale mają stałą taryfę, apteki taksę aptekarską; możnaby także obliczyć, ile wyniosą koszty zarządu Kasy. Tylko do obliczenia kosztów porady lekarskiej niema wcale żadnej podstawy. Nie pytano, ani nie pytają lekarzy, ile im się za ich pracę należy i daje im się tyle, ile po odtrąceniu innych wydatków wypada, gdy zaś na tych innych wydatkach nic zaoszczędzić się nie da, oszczędza się na honoraryach lekarskich. Skorzystano z przepełnienia w zawodzie lekarskim i z braku organizacyi zawodowej, obniżając płacę lekarzy do takiego poziomu, który graniczy z wyzyskiem.

Według obliczeń Izb lekarskich przypada w Kasach chorych wynagrodzenie za 1 ordynacyę w wysokości 20 hal., 15 hal., a nawet 11 halerzy. Przeciętnie we wszystkich Kasach chorych w Austryi wypada za 1 ordynacyę 17·3 hal., a za odwiedzenie chorego w domu 34·6 hal.! Przy tym obrachunku jednak liczono jako zwykłą ordynacyę, względnie wizytę, także porody i operacye i nie potrącono z sumy kosztów lekarzy wydatków na fiakry, pensyi dla lekarzy naczelnych i dla lekarzy, ustanowionych do wykonywania kontroli, jeśli zaś uwzględni się osobno te wszystkie wydatki, wypadnie według obliczenia Izb lekarskich przeciętnie za 1 ordynacyę tylko 6—8—10 hal.!

Bezpośredniem następstwem tak niesłychanego obniżania honoraryów lekarskich jest między innemi obniżenie także wartości pracy lekarskiej. Lekarz kasowy, pracujący śród podobnych warunków, jak robotnik, ugodzony za akordem, musi się spieszyć z załatwieniem nadmiernej liczby chorych i zbywa chorego powierzchownem badaniem i szablonowemi ordynacyami. Z takiej pomocy lekarskiej sami chorzy nie wiele mają pożytku, a wobec mało wydatnego leczenia przedłuża się niezdolność do pracy leczonego, co i na budżecie Kasy niekorzystnie się odbija. Wielu członków Kasy uważa leczenie kasowe za czczą formalność i wcale nie używa nawet leków, dostarczonych na rachunek Kasy, zadowalając się domowymi środkami, a kto może, używa lekarza prywatnego.

Aby tym nieprawidłowym stosunkom zaradzić, żądają Izby lekarskie ustanowienia taryfy za czynności lekarzy kasowych, podobnie jak ustanowiono w większej części Izb taryfy dla praktyki prywatnej. Minimalna należytość za ordynacyę powinna wynosić 1 kor., za wizytę 2 kor., za wizytę w nocy 4 kor. W razach wyjątkowych przy złem stanie finansów poszczególnej Kasy chorych mogłyby Izby lekarskie przyznawać zniżkę tej minimalnej taryfy o 10%, 20% a najwyżej 50%.

Jednakże Izby lekarskie nie sprzeciwiają się zasadniczo także ryczałtowemu wynagradzaniu lekarzy kasowych, żądają tylko, by obliczenie ryczałtu opierało się na pewnych danych, które dla każdej Kasy łatwo ustalić, a które określają ilość pracy lekarza. Ryczałt należałoby obliczać na rok, lub na kwartał, według liczby członków Kasy, przyjmując na każdego członka pewną przeciętną kwotę. Wysokość tej kwoty zależałaby od rozlicznych warunków lokalnych. Tam, gdzie Kasa ogarnia znaczną przestrzeń, gdzie więc członkowie są od siebie znacznie oddaleni, lekarz traci więcej czasu przy obchodzeniu, lub objeździe chorych, niż tam, gdzie Kasa w niewielkim terytoryalnie okręgu ma wielu członków nagromadzonych. Dalej uwzględnićby trzeba siłę finansową Kasy, procent chorobowości członków, który jest różny w różnych zawodach, wreszcie czas trwania opieki lekarskiej, w statucie Kasy określony. Tam, gdzie chorobowość członków wynosi 60%, musiałaby kwota ryczałtowa być 3 razy większa, niż w Kasie, w której jest tylko 20% chorobowości. Kasa, która zapewnia członkom pomoc lekarską przez cały rok, musiałaby lekarzowi więcej płacić od każdego członka, niż Kasa, który statut przepisuje pomoc lekarską na koszt Kasy tylko przez 13 tygodni. W przybliżeniu przypuszczać można, że ryczałt, na podstawie powyższych danych obliczany, przy przestrzeganiu tej zasady, aby nie obniżał minimalnego wynagrodzenia taryfowego za poszczególne czynności więcej, niż o 50%, musiałby wynosić od każdego członka Kasy około 6¼ kor. rocznie, podczas gdy obecnie zaledwie trzecia część tej kwoty wypada, a w niektórych Kasach spada do 1 kor. a nawet 0·50 kor. na jednego członka.

Przeciążenie pracą lekarzy kasowych.

Pomoc lekarska może być tylko wtedy dla chorego prawdziwie pożyteczną, jeśli lekarz ma dość czasu, by chorego należycie zbadać i sposób leczenia zarządzić. Lekarz, który ma do zbadania i leczenia zbyt wielką liczbę chorych, nie jest w stanie spełnić sumiennie swych obowiązków. W Kasach chorych zaś doszło do ogromnego przeciążenia pracą lekarzy tak, że przy takim natłoku chorych nawet pobieżne badanie często jest niemożliwe i lekarz raczej udaje tylko, że chorych leczy, w rzeczywistości bowiem zbywa ich na prędce czembądź, byle wszystkich bodaj pozornie obsłużyć i nie narazić się na zarzuty i konflikty z zarządem Kasy.

Izby lekarskie przyjęły za normę, że na jednego lekarza w tym samym okręgu Kasy, nie może wypadać więcej, niż 800 do 1000 członków, jeśli ma być w ogóle mowa o porządnem leczeniu.

Według urzędowych dat statystycznych wykazują Kasy chorych przeciętnie na dzień 2·39% członków chorych, niezdolnych do pracy. Wobec tego wypadałoby na lekarza, któremu przydzielono tylko 800—1000 członków Kasy, dziennie 15 do 24 wizyt, jeśli przyjmiemy za regułę, że każdego ciężko chorego powinien codzień odwiedzić, jak tego porządne leczenie wymaga. Liczba ambulantów jest w Kasach chorych przeszło cztery razy większą, niż liczba niezdolnych do pracy, musiałby więc lekarz załatwić jeszcze codzień 76 do 94 ambulantów, a gdyby ci przychodni chorzy zgłaszali się tylko co 4ty dzień, byłoby codzień 25 do 30 ordynacyi. Nadto musi lekarz jeszcze załatwiać wiele pisaniny, połączonej z ruchem chorych kasowych. Te czynności aż nadto

wypełnią cały dzień pracy tem więcej, gdy oprócz praktyki kasowej, która nie daje dostatecznego utrzymania, lekarz oddaje się również i praktyce prywatnej.

Obecnie są lekarze kasowi ponad tę miarę przeciążeni pracą. W kasach wiedeńskich odbywa lekarz w ruchliwej porze zimowej 40 wizyt dziennie i co najmniej dwa razy tyle ordynacyi w domu. Na V Wiecu Izb lekarskich wyznał publicznie reprezentant istryjskiej Izby lekarskiej, że podczas epidemii duru w Pola jako lekarz kasowy musiał równocześnie leczyć 250 chorych durowych, rozrzuconych w różnych stronach miasta i odbywał dziennie po 70 wizyt, przy czem zaledwie co 3ci, lub 4ty dzień mógł odwiedzić tego samego chorego.

W większych Kasach zazwyczaj przydzielają lekarzowi o wiele większą liczbę członków, niż 800—1000, a gdy nadto lekarze często łączą posady w różnych Kasach chorych, nie rzadko przypada na 1 lekarza 3500 do 4000 członków, zważywszy zaś, że ten lekarz musi również zajmować się praktyką prywatną, uznamy chyba, że przeciążenie lekarzy w Kasach chorych doszło prawdziwie do absurdu.

Dr. Szczepan Mikołajski.

Pokłosie z prasy lekarskiej*).

Obowiązek lekarza co do poszanowania wstydliwości chorych kobiet.

W Ginekologii (1904. Nr. 7) ogłasza prof. dr. Mars obszerną pracę o klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej, a podając tekst przemówienia inauguracyjnego do słuchaczy medycyny, omawia w końcu, jak powinien postępować lekarz z choremi kobietami przy badaniu narządu płciowego, aby nie zranić ich uczucia wstydliwości.

„Jak należy postępować - powiada prof. dr. Mars — nie łatwo powiedzieć, bo każdy człowiek ma nieco odrębny sposób postępowania i wzięcia się w stosunkach towarzyskich. Takt właściwy wobec kobiet, które badać i obserwować będziemy, jest konieczny. Jak postępować, nie powiem, ale powiem, jak ja się starałem postępować wobec moich pacyentek i radzę to Panom naśladować. Otóż, Panowie, w każdej kobiecie, z którą się jako lekarz stykałem, starałem się uszanować moją matkę staruszkę, moje siostry, a w ostatnich czasach moją żonę i moje córki“.

W tych krótkich słowach świetnie ujął prof. dr. Mars obowiązek etyczny lekarza poszanowania godności osobistej i wstydliwości kobiety chorej.

Przyjmowanie chorych do szpitala.

W Krytyce lekarskiej (1904. Nr. 7) roztrząsa dr. Z. Kramsztyk obowiązki lekarza dyżurnego w szpitalu co do kwalifikowania chorych do przyjęcia i takie słuszne czyni uwagi:

„Gdy na każde wolne łóżko szpitalne kilku albo i więcej zgłasza się kandydatów, powstają specyalne trudności. Wybierać potrzeba chorych najbardziej kwalifikujących się do szpitala. Względy, które rozstrzygać mają o przyjęciu chorych z pośród kandydatów, są: natężenie choroby, więc jej niebezpieczeństwo dla życia, możność swobodnego poruszania się i stopień cierpienia chorego; szybkość wymaganej kuracyi, dalej stan zamożności i warunki życia, wreszcie — gdy inne względy są równe — należy wziąć na uwagę, jak długo chory czeka na przyjęcie.

Gdy w ten sposób przyjęcie chorych do szpitala ma charakter konkursu—smutnego konkursu nędzy i cierpienia o wolne łóżko w szpitalu — powinno też odbywać się w warunkach, jakich się od każdego konkursu wymaga. Więc nie dość jest wiedzieć, że pewien chory kwalifikuje się do szpitala, ale trzeba wybrać tego, który się najbardziej ze wszystkich kwalifikuje. Więc przyjmować powinien lekarz, który wszystkich, w danej chwili żądających przyjęcia, pozna i porówna. Przyjmować powinien lekarz miejscowy, dyżurujący, do czynności przyjmowania chorych na daną porę przez lekarza naczelnego wyznaczony. Udział ordynatorów w przyjęciu jest bardzo niewłaściwy; ordynatorom zabronić należy wydawania chorym kartek do przyjęcia, a w każdym razie lekarz, przyjmujący chorych, temi kartkami nie powinien się kierować; przyjęcie bowiem chorych traci charakter konkursu, występuje nowy czynnik rozstrzygający o przyjęciu: nie tylko stan zdrowia kandydata, nie tylko jego nędza i wyczekiwanie na swą kolej, ale upodobanie, może interes naukowy, czy jakikolwiek ordynatora. Najszczęśliwszego w danej chwili, t. j. najnędzniejszego i cierpiącego najmocniej, który może jest pewnym zwycięztwa, zdystansuje odrazu kartka ordynatora. Nie można też uważać tych kartek za rzecz obojętną, której lekarz miejscowy nie uwzględni, bo to dla chorego będzie objawem jakiejś rozterki, niezgodności w działaniu osób, stanowiących jedną instytucyę. Istotnie chorzy wiedzą, że kartki ordynatorów otwierają wstęp do szpitala i dla tych kartek przed wstąpieniem do szpitala udają się do mieszkania ordynatora. Jest to stosunek bardzo niewłaściwy.

Ordynator ma zawsze możność wypisania chorego, przyjętego do oddziału bez jego woli i wiedzy, a w ten sposób zmusić może lekarzy miejscowych, aby zawsze i jedynie kierowali się jego wskazówkami. Będzie to jednak postępowanie nielojalne, z ustawą szpitalną i sumieniem lekarskiem niezgodne. Jest to jeden z najważniejszych powodów, aby lekarz naczelny okazał ordynatorowi, że nie jest w szpitalu instancyą decydującą, że żaden pracujący w szpitalu, w odziale szpitalnym czy jakiejkolwiek instytucyi, w najmniejszej nawet mierze za jej właściciela nie powinien się uważać. Lekarz naczelny ma właśnie pilnować i utrzymać harmonię pomiędzy rozmaitymi urzędami lekarskimi szpitala, przedewszystkiem pomiędzy lekarzem miejscowym, przyjmującym chorych a ordynatorem, od którego wypisanie chorych zależy.

Tak samo wszystkie inne osoby i instytucye, które usiłują wpływ wywrzeć na przyjęcie chorych, powinny być pozbawione tego wpływu. Przez jakiś czas pogotowie ratunkowe miało przywilej, że przywiezieni przez jego lekarzy chorzy bezwarunkowo do szpitala mieli być przyjmowani. Stało się, że chorzy nie przyjęci przez lekarzy miejscowych, kładli się na ulicy, aby karetką pogotowia powrócić do szpitala, a w ten sposób wywrzeć nacisk na lekarzy dyżurujących. Więc nie ciężkość choroby, ale przebiegłość i pomysłowość chorego zapewniała mu zwycięztwo w konkursie. Udział policyi w przyjmowaniu chorych prowadzi do podobnych, ale daleko gorszych następstw, bo tu o kwalifikacyach chorego rozstrzyga nie lekarz, ale stójkowy. Nawet władze zwierzchnie szpitalne i urzędu tego dygnitarze na przyjęcie chorych nie powinni wpływać, a lekarze dyżurujący takim wpływom opierać się powinni stanowczo. Nie mówię już o tem, że kartek polecających od osób prywatnych, swych znajomych, lekarze nie powinni zgoła uwzględniać. Strach pomyśleć, na jak głębokim i ponurym punkcie naszego życia społecznego rozpoczyna się potęga protekcyi.

Należy uszanować rolę każdego czynnika w społeczeństwie; nikt do cudzych atrybucyi i obowiązków sięgać nie powinien, a każdy z drugiej strony powinien mieć tyle odwagi i poczucia swej odpowiedzialności, aby żadnym wpływom nie ulegał. Lekarz miejscowy, przedewszystkiem dla tego, że od niego dobór chorych szpitalnych zależy, stanowi bardzo ważny i samodzielny czynnik w instytucyi.

A jednak i ordynator mieć może pewien udział w przyjmowaniu chorych: udział doradczy, rolę biegłego. Wobec oddziałów specyalnych o ważności choroby, o jej uleczalności, o potrzebie natychmiastowej operacyi rozstrzygać często może jedynie wyrobiony, wytrawny specyalista. W takich przypadkach powinien lekarz dyżurny zapytać o zdanie ordynatora, a ordynator odmówić nie może, chorego zbada i sprawę rozstrzygnie. Nie tylko zasady naukowe — które w sprawach leczenia często nie mogą być bezwzględne — ale wprost pogląd osobisty ordynatora oddziału musi być nieraz wzięty na uwagę i o przyjęciu chorego stanowi. Nowotwór na pewnym stopniu rozwoju, jaskra prosta, katarakta niezupełnie dojrzała, apendicitis w okresie spokojnym po jednym napadzie, mogą dla jednego ordynatora być wskazaniem do operacyi, gdy podług innego do leczenia, a w każdym razie do leczenia szpitalnego, się nie kwalifikują. Takie różnice poglądów mogą znajdować się w granicach przez naukę i doświadczenie powszechne dozwolonych, a wtedy nikt ordynatorom innego poglądu nie może narzucić.

Nie dobrze jest takich chorych wątpliwych przyjmować na salę, aby ordynator po przyjęciu rozstrzygnął, czy ich ma leczyć, czy wypisać. O ile można, należy unikać, aby chory nazajutrz po przyjęciu był wypisany ze szpitala. Stanowi to bowiem wielkie utrudzenie dla chorych i dla ich rodzin, naraża ich na koszty i rozczarowanie i złe rzuca światło na instytucyę. Jakkolwiek bowiem przyjęcie chorych do szpitala i ich wypisanie od różnych czynników szpitalnych zależy, ale te wszystkie osoby, jedną instytucyę stanowiące, działać powinny harmonijnie, zgodnie i konsekwentnie, za wzajemnem porozumieniem.

Instytucya lekarzy szkolnych dla szkół miejskich m. Krakowa. (*Dr. Leonard Bier. Przegląd hygieniczny 1904. Nr. 7, 8 i 9*).

Krakowska Rada miejska wybrała jeszcze w roku ubiegłym osobną komisyę celem przygotowania i praktycznego ujęcia sprawy lekarzy szkolnych dla szkół miejskich. Komisya ta, jak również sekcya szkolna przyjęły w tej sprawie referat i wnioski dr. K. Biera (opracowane wspólnie z prof. dr. Cybulskim), jednak w komisyi sanitarnej miejskiej uległy one nieprzychylnej krytyce, dla tego dla wywołania jawnej dyskusyi ogłasza je autor w *Przeglądzie hygienicznym*.

Autor odmawia lekarzom szkolnym jakiegokolwiek przełożeństwa w sprawach zdrowia w szkole, a przyznaje im tylko sta

*) Zachęceni przez wielu kolegów, utrzymamy stale w naszem piśmie „pokłosie z prasy lekarskiej“ i będziemy w niem podawali krótkie zapiski lub krytyczne uwagi o kwestyach, poruszanych w różnych fachowych czasopismach, a przedewszystkiem polskich, z zakresu spraw zawodowych lekarskich, deontologii lekarskiej i medycyny społecznej.
Referuje ten dział redaktor naczelny. *(Przyp. redakcyi).*

nowisko doradcze wobec grona nauczycielskiego i kierownika szkoły. Dalej usuwa autor zarzuty, jakoby instytucya lekarzy szkolnych wpłynąć mogła ujemnie na praktykę lekarzy prywatnych lub lekarzy domowych, jakkolwiek w dalszym ciągu (str. 155) otwarcie przyznaje, że posada lekarza szkolnego dawałaby „większą możność wejścia w praktykę“. Płonne są również, zdaniem autora, obawy, że przyjść może do pewnych starć między lekarzami szkolnymi, a rodzicami uczniów z powodu obowiązkowego badania stanu zdrowia młodzieży, zwłaszcza jeśli się zaniecha przymusu co do badania w szkole, a dopuści świadectwa lekarzy domowych lub prywatnych w ogóle, byle tylko odpowiadały co do formy i kierunku wymogom instrukcyi. Także i technicy nie potrzebują być zazdrośni o przyszłą ingerencyę lekarza przy budowaniu szkół, gdyż udział jego skromny i doradczy, a w wielu razach może być bardzo pożyteczny.

Co do szczegółowych obowiązków lekarza szkolnego, to w dziale hygieny nauki lekarz nie będzie miał bezpośredniego wpływu na zmianę istniejących przepisów w zakresie metod i środków, którymi posługuje się szkoła przy nauczaniu, a będzie mógł czynić tylko przedstawienia u wyższych władz szkolnych, tudzież w sprawozdaniach rocznych, w których wymieni dostrzeżone ujemne strony w kierunku hygieny nauki.

Najważniejszem zadaniem lekarza szkolnego jest indywidualna hygiena młodzieży szkolnej. Ma on badać u każdego ucznia ogólny stan odżywienia i rozwoju (wysokość, ciężar, objętość klatki piersiowej), stan narządów wewnętrznych, otworów naturalnych, skóry, zmysłów (oka, nosa i uszu), kośćca i zębów. W tym zakresie bada ogólnie wszystkie dzieci, wstępujące do szkoły, a potem co 2 tygodnie podczas wizyt lekarskich w szkole, jako też u siebie w domu dzieci, przysłane do zbadania przez kierownika szkoły. Do obowiązków lekarza szkolnego zalicza autor także odwiedzanie uczniów na tzw. stancyach celem stwierdzenia, o ile niekorzystny stan zdrowia odnieść należy do warunków mieszkalnych, nadto doradzanie w razie opuszczania szkoły, by uczniowie o słabem zdrowiu unikali zawodów nieodpowiednich ze względu na ich stan zdrowia.

Dla krakowskich szkół miejskich wystarczyłoby 5 lekarzy szkolnych, licząc na 1 lekarza po 2000 dzieci szkolnych. Pensya roczna w kwocie 1000 kor. wydaje się autorowi dostateczną i odpowiednią. Od kandydatów żąda specyalnych kwalifikacyi z hygieny szkolnej i radzi dla nich założyć osobny kurs kilkumiesięczny. Jeden z lekarzy szkolnych powinien być okulistą, lecz i inni lekarze muszą się wykazać studyami z zakresu okulistyki i chorób dzieci. Emerytura nie ma przysługiwać lekarzom szkolnym, a mianowanie ich oddaje autor prezydentowi miasta na podstawie konkursu i na wniosek sekcyi sanitarnej.

IX. Wiec Izb lekarskich w Salzburgu.

W dniach 6. i 7. b. m. odbył się w Salzburgu IX. Wiec Izb lekarskich austryackich, z którego rozpraw zdamy sprawę w dalszych numerach naszego organu. Przedmiot dyskusyi stanowiły następujące sprawy i wnioski:

I. Sprawozdanie z czynności Izby gospodarczej.

II. Sprawozdanie i rezolucye komitetu, któremu poruczono wypracowanie pamiętnika o historycznym rozwoju instytucyi Izb lekarskich.

III. Sprawozdanie Izby gospodarczej o wyniku wywiadów, zarządzonych w sprawie szczepienia.

IV. Sprawozdanie Izby gospodarczej w sprawie stanowiska, jakie zająć należy wobec projektu „umowy między lekarzami a prywatnemi Towarzystwami ubezpieczeń od wypadków“.

V. Wniosek Izby styryjskiej:

„Wyjednanie przepisów ustawowych, odpowiadających dzisiejszym stosunkom, co do uwolnienia od opłaty pocztowej korespondencyi lekarzy, jako organów sanitarnych, z gminami, Wydziałami powiatowymi i z sądami powiatowymi“.

VI. Wniosek Izby styryjskiej:

„Wobec niejednolitego stosowania ustawy co do uwolnienia lekarzy od obowiązku zasiadania w sądach przysięgłych, mają Izby lekarskie przedsięwziąć kroki, aby uzyskać zaliczenie lekarzy i chirurgów do osób, bezwarunkowo uwolnionych od urzędu sędziego przysięgłego, podczas gdy obecnie należą oni do osób, warunkowo uwolnionych“.

VII. Wniosek Izby zachodnio-galicyjskiej:

„IX. Wiec Izb lekarskich wybiera komitet, któremu się poleca, by na podstawie projektu, wypracowanego przez Izbę zachodnio-galicyjską i na podstawie ewentualnych uwag i wniosków wszystkich Izb austryackich zredagował petycyę w postaci memoryału, oświetlającego wszechstronnie konieczną potrzebę reorganizacyi służby lekarskiej przy kolejach państwowych i by wręczył tę petycyę p. prezydentowi ministrów jakoteż ministerstwu kolei“.

VIII. Wniosek Izby wschodnio-galicyjskiej:

„Wiec Izb uchwala wnieść wspólne podanie do ministerstwa sprawiedliwości w sprawie lekarzy, ustanowionych przy zakładach karnych“.

IX. Wniosek Izby górno-austryackiej:

„Izby przedsięwezmą wspólne kroki, aby lekarzom, którzy rozpoczynają praktykę, w sposób stosowny zwrócono z całym naciskiem uwagę, że przed ubieganiem się o pewną posadę, a względnie przed jej przyjęciem należy zasięgnąć informacyi w Izbach lub w zawodowych stowarzyszeniach“.

X. Wniosek Izby morawskiej:

„Wiec Izb uchwala, że wzywa wszystkie Izby, aby przystąpiły korporacyjnie, tj. aby zapisały wszystkich lekarzy, do Izb należących, o ile możności pod jednakimi warunkami, do zakładu zapomogowego dla wdów i sierót w austryackim Związku Towarzystw lekarskich“.

XI. Wniosek Izby śląskiej:

„Wiec Izb raczy rozpatrzeć uchwały, powzięte na VII. Wiecu Izb lekarskich austryackich a dotyczące stosunku do zakładów ubezpieczenia życiowego, gdyż przeprowadzenie tych uchwał napotyka na stanowczy opór niektórych zakładów, a jednolite postępowanie wszystkich Izb lekarskich jest pożądane“.

XII. Wniosek Izby śląskiej:

„Wiec Izb zechce uchwalić, że zaleca się Izbom lekarskim austryackim zaprowadzenie powszechnego wolnego wyboru lekarzy w powiatowych Kasach chorych, tudzież w innych Kasach chorych, utworzonych na podstawie ustawy z 30. marca 1888“.

XIII. Wniosek Izby wiedeńskiej:

„Należy wziąć pod dyskusyę sprawę wolnego wyboru lekarzy, a Izba pozwala sobie wysłać członka swego Wydziału dra Strickera w celu przedstawienia umotywowanego sprawozdania“.

XIV. Wniosek Izby wiedeńskiej:

„Zważywszy, że uregulowanie sprawy dentystów i techników dentystycznych leży w żywotnym interesie stanu lekarskiego i dobra sanitarnego ludności, uprasza Wiec Izb na podstawie § 3. ustawy z 22 grudnia 1891. o przesłanie Izbom lekarskim gotowego już elaboratu rządu, a to w celu wydania opinii. — Przy tem należy już obecnie zwrócić uwagę rządu, że wszelkie, choćby nieznaczne — a niemożliwe do skontrolowania — rozszerzenie uprawnienia w przemyśle techników dentystycznych spowodowałoby ciężką szkodę dla zdrowia ludności“.

XV. Wniosek Izby wiedeńskiej:

„W sprawie „Zgromadzenia protestującego“: 1. Zgromadzenie odbędzie się 10. grudnia o godz. 7 wiecz. w wielkiej sali posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w Wiedniu. 2) Tytuł „zgromadzenie protestujące“ ulegnie zmianie. 3. Zaproszenia rozeszle Izba wiedeńska imieniem Komitetu, który zredagował pamiętnik. 4. Wiec Izb wyznaczy trzech referentów. 5. Na zgromadzeniu obejmie przewodnictwo jeden z członków wzmiankowanego komitetu“.

XVI. Wniosek Izby wiedeńskiej, proponujący zmiany w regulaminie Wiecu Izb.

XVII. Wybór Izby gospodarczej na rok następny.

W sprawie emerytur lekarzy okręgowych.

Pomiędzy staraniem lekarzy okręgowych o emeryturę a stanowiskiem, zajętem w tej sprawie przez Wydział krajowy, istnieje rozdźwięk, polegający chyba na niezrozumieniu ich petycyi.

I tak w sprawozdaniu departamentu V, przedłożonem Sejmowi w r. 1903 — przedstawiono emerytury dla 120 lekarzy okręgowych galicyjskich jako sprawę o „daleko sięgającej doniosłości finansowej dla skarbu krajowego“.

Tymczasem w petycyi, jeszcze w r. 1900 do Wydziału krajowego wniesionej, lekarze okręgowi bynajmniej nie liczą na jakąś wybitniejszą pomoc ze skarbu krajowego. W petycyi tej podano źródła, bynajmniej nie obciążające ani kraju, ani ludności, na utworzenie funduszu emerytalnego. Wydatki z funduszu tego (na emerytury, zaopatrzenia wdów i sierót) przedewszystkiem i głównie pokrywałyby (inne źródła pomijam) procentowe wkładki od stałych poborów. Jednem słowem w petycyi swojej lekarze okręgowi, bynajmniej nie rachując na jakąś szczególniejszą pomoc skarbu krajowego, podali jedynie o przeprowadzenie ustawy krajowej, aby od ich stałych poborów ściągano 3% wkładki na rzecz funduszu emerytalnego, którymby Wydział krajowy zarządzał.

Tyle podał komitet lekarzy okręgowych.

Mojem zdaniem do wzmocnienia funduszu emerytalnego powinnyby się przyczynić jeszcze sumy (pensya i ryczałt na objazdy), które wrazie nieobsadzenia przez pewien czas okręgu dotychczas przypadały na rzecz funduszu powiatowego, względnie krajowego.

Jestto zresztą sprawa najmniejszej wagi, gdyż jak doświadczenie wykazuje (emerytury dla urzędników państwowych), wkładki 3% już najzupełniej wydatki funduszu emerytalnego pokrywają.

Prócz życzenia, aby pełne emerytury lekarze okręgowi już po latach 30 (względnie 25) służby pobierali innych szczegółów, wymagających fachowego obliczenia, petycya lekarzy okręgowych nie podaje. Sądzę jednak, że, jeżeli mają być ściągane 3% wkładki od stałych poborów (a więc i z ryczałtu i z pensyi) na rzecz funduszu emerytalnego, to i pełna emerytura powinna wynosić tyle, ile wynosi pensya i ryczałt na objazdy. Nie jestto znów czemś tak nadzwyczajnem, albowiem w rządowym projekcie ubezpieczenia urzędników prywatnych (niestety w parlamencie wiedeńskim od r. 1901 pogrzebanym) uwzględniono do pełnej emerytury również wkładki procentowe od **wszystkich** stałych poborów.

Czteroletnią zwłokę w załatwieniu sprawy emerytur dla lekarzy okręgowych — mógłby tłómaczyć chyba jedynie ten wzgląd, że Wydział krajowy nie chce się zająć administrowaniem funduszu emerytalnego. I ten wzgląd dałby się ominąć: chętnie bowiem któreś z Towarzystw lekarskich we Lwowie mogłoby się zająć administracyą owego funduszu.

Chodzi jedynie o przeprowadzenie ustawy, aby 3% wkładki od stałych poborów na rzecz funduszu emerytalnego przy sposobności wypłaty ściągano i przekazywano temuż funduszowi.

Być może, taką sprawę, jako czysto administracyjną i w niczem nie naruszającą funduszów krajowych, mógłby przy nieco dobrej chęci przeprowadzić sam Wydział krajowy nawet zwykłem poleceniem, bez odnoszenia się do Sejmu i bez uchwały sejmowej.

Lekarze okręgowi bynajmniej nie rachują na jakąś pomoc z funduszu krajowego, a jedynie proszą o poświęcenie nieco dobrej woli dla załatwienia ich sprawy, grożącej nędzą przeszło setce rodzin, które pozostaną po pracownikach walczących z narażeniem życia dla zdrowia najuboższej ludności. Na załatwienie petycyi o takiej treści od roku 1900 czekamy....

Dr. Stanisław Zasacki.

Korespondencye.

W numerze 19. „Głosu“ wyczytałem, że Izba lekarska zachodnio-galicyjska założyła „Kasę chorych lekarzy“. Zdziwiło mię to bardzo, gdyż my tutaj członkowie Izby zachodnio-galicyjskiej o podobnej akcyi naszej Izby nic a nic nie wiemy. Wprawdzie czytaliśmy niedawno suchą i krótką notatkę w sprawozdaniach Izby, że uchwaliła przystąpić do „Kasy chorych lekarzy“ przy lwowskiej Izbie lekarskiej założonej, jednak nie uznała za stosowne już nie tylko zachęcić nas do licznego przystąpienia do „Kasy chorych lekarzy“, ale wprost poinformować, kto, gdzie i pod jakimi warunkami przyjmuje do Kasy chorych.

Wiem, że wielka ilość lekarzy z Izby zachodnio-galicyjskiej choć ma chęć przystąpienia do tej tak wielce pożytecznej instytucyi, to nie wie nic o warunkach przystąpienia, ani gdzie się z tem udać, gdyż kompetentne organy zachowują w tym względzie dziwną i niewytłómaczoną tajemnicę.

Upraszam więc Szanowną Redakcyę o uchylenie rąbka tej tajemnicy i w najbliższym numerze swego pisma poinformowanie nas, gdzie się należy zgłaszać i jakie są warunki przyjęcia.

Pilzno dnia 30. września 1904.

Dr. Władysław Mydlarski.

Od Redakcyi. W Nr. 19. naszego pisma stwierdziliśmy, że nasze Izby (a nie Izba zachodnio-galicyjska) utworzyły Kasę chorych lekarzy.

Co do informacyi, których Kol. korespondent żąda, to zechcą się Koledzy interesowani zwrócić o nie wprost do prezydyum Izby krakowskiej, gdyż my nie mamy pod tym względem autentycznych wiadomości a w ogóle „Głos lekarzy“ nie jest organem Izb lekarskich. Domyślamy się tylko, że dotąd zmiana statutu, potrzebna w celu dopuszczenia także lekarzy z Izby krakowskiej do Kasy chorych lekarzy, nie została zapewne zatwierdzona przez władze i może napotyka na jakieś trudności i z tego powodu Izby nie podały jeszcze warunuów przystąpienia i innych szczegółów w tej sprawie. Zresztą w „Głosie lekarzy“ zamieszczaliśmy już dwa razy komunikat Izby lwowskiej, streszczający statut Kasy i warunki przyjęcia, co jednak widocznie nie wystarcza, bo od wielu Kolegów otrzymujemy ciągle zapytania i prośby o różne wyjaśnienia. Nadmienić więc musimy, że teraz od Izb żadnych komunikatów ani informacyi nie otrzymujemy, gdyż Izby, jak wiadomo, odrzuciły naszą ofertę co do ogłaszania sprawozdań i komunikatów Izb a natomiast wydają w tym celu osobny miesięcznik.

Sprawy sanitarne w Sejmie krajowym.

Reorganizacya lekarzy okręgowych.

Wydział krajowy przedłożył Sejmowi wniosek, by zmieniono Ustawę o lekarzach okręgowych z dnia 2. lutego 1891 dz. u. kr. Nr. 17. w kilku ważnych postanowieniach. Przytaczamy poniżej tekst odnośnych paragrafów w brzmieniu, które proponuje Wydział krajowy a zmiany i dodatki uwidocznione są *kursywą*. Zmiany te streszczają się: 1) w żądaniu od kandydatów nieprzekroczonego wieku lat 40; 2) w przyznaniu Wydziałowi krajowemu prawa nominacyi lekarzy okręgowych; 3) w przyznaniu Wydziałowi krajowemu prawa bezpośrednich zarządzeń w kierunku nadzoru i spełniania władzy dyscyplinarnej; 4) w zaprowadzeniu nowego stopnia kary dyscyplinarnej przez przeniesienie na inną posadę okręgową; 5) w ograniczeniu obowiązku lekarza okręgowego co do oględzin bydła i mięsa; 6) w rozszerzeniu ingerencyi Wydziału krajowego przy organizowaniu nowych okręgów lub przy zmianie okręgów dotychczasowych.

§ 2. Gminy, mające osobny statut gminny, jako też gminy, w których obowiązuje ustawa z dnia 13. marca 1889, Nr. 24 Dz. ust. kr., mają utrzymywać własnym kosztem potrzebną ilość lekarzy gminnych (miejskich) tak, żeby na każde 15.000 mieszkańców przypadał co najmniej jeden lakarz.

Inne gminy *nie wcielone do okręgu sanitarnego (§ 3.)* mogą ustanowić własnych lekarzy gminnych (miejskich), jeżeli poniosą wszystkie wydatki, połączone z ich utrzymaniem.

§ 3. Gminy, nie utrzymujące własnych lekarzy w myśl § 2., łączone będą z gminami tego samego powiatu politycznego i z istniejącymi przy nich obszarami dworskimi w okręgi sanitarne.

Dla każdego okręgu sanitarnego ustanowiony będzie lekarz okręgowy.

Jeśli gmina, przyłączona do okręgu sanitarnego, ustanowi własnego lekarza (§ 2.), może za zezwoleniem Wydziału krajowego, wydanem w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem i po dopełnieniu warunkówokreślonych w §§ 11. i 18. niniejszej ustawy, być wyłączoną z tegoż okręgu.

§ 5. W granicach, zakreślonych uchwałą Sejmu (§ 4.), utworzenie okręgn sanitarnego zależy od uchwały Wydziału krajowego, powziętej w porozumieniu z. c. Namiestnictwem po zasiągnięciu opinni c. k. krajowej Rady zdrowia.

W tym celu na wezwanie Wydziału krajowego Wydział powiatowy, zasiągnąwszy zdania gmin i obszarów dworskich, przedstawi w porozumieniu z polityczną władzą powiatową wniosek, które gminy i obszary dworskie ze względu na oddalenie poszczególnych miejscowości, na ich zaludnienie, stosunki komunikacyjne, obecne siedziby lekarzy i inne ważne stosunki miejscowe mają być złączone w jeden okręg sanitarny i gdzie ma być siedziba lekarza okręgowego.

Gdyby Wydział powiatowy, mimo powtórnego wezwania takiego wniosku nie przedstawił w oznaczonym terminie, natenczas Wydział krajowy uskuteczni *czynności*, poruczone w poprzednim ustępie Wydziałowi powiatowemu.

W ten sposób ma być przeprowadzoną każda zmiana granic okręgu sanitarnego *lub siedziby lekarza okręgowego.*

Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem i po zasiągnięciu opinii kraj. Rady zdrowia może zarządzić zwinięcie istniejącego okręgu sanitarnego.

§ 7. Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego musi prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1. prawo obywatelstwa austryackiego;
2. dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. nieskazitelny charakter;
4. znajomość języków krajowych;
5. praktykę najmniej dwuletnią, w zawodzie lekarskim;
6. *nieprzekroczony wiek lat 40.*

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Kandydaci, ubiegający się o posadę lekarza gminnego w miastach o własnym statucie, muszą wykazać się egzaminem fizykackim.

§ 8. Lekarzy gminnych mianuje Rada gminna (miejska) na wniosek naczelnika gminy (prezydenta, burmistrza).

Lekarzy okręgowych mianuje Wydział *krajowy na podstawie wniosku, przedstawionego przez Wydział powiatowy, który to wniosek winien być przedłożony do dni 30 po upływie terminu konkursowego. W przeciwnym razie Wydział krajowy dokona nominacyi bezpośrednio. Wydziałowi krajowemu przysłuża też prawo nominacyi z pośród innych kompetentów, którzy wnieśli podania w terminie konkursem oznaczonym. Wydział krajowy może ewentualnie zarządzić rozpisanie ponownego konkursu.*

Tak lekarze gminni, jak lekarze okręgowi, mogą być mianowani stale lub też tymczasowo. Tymczasowe obsadzenie posady nie może jednak trwać dłużej jak rok jeden. Po upływie tego czasu Rada gminna orzecze, czy posada *lekarza gminnego* ma być stale nadaną.

O stabilizacyi lekarzy okręgowych po roku prowizorycznej służby orzeka Wydział krajowy na wniosek Wydziału powiatowego.

Prawa, nabyte przez lekarzy okręgowych na podstawie nominacyi, już dokonanych, pozostają nie naruszone.

W miastach, mających osobny statut gminny, tudzież w miastach, podlegających ustawie z 13. marca 1889, Nr. 24 Dz. u. kr., lekarze gminni stale zamianowani stoją na równi z urzędnikami miejskimi stale mianowanymi.

Celem obsadzenia posady lekarza gminnego lub okręgowego należy rozpisać konkurs i ogłosić go przynajmniej w urzędowej gazecie krajowej.

Mianowanemu lekarzowi gminnemu lub okręgowemu należy wydać dekret i określić w nim dokładnie warunki nadania posady.

Wydział krajowy mocen jest po zasiągnięciu opinii Wydziału powiatowego lub na tegoż wniosek zarządzić przeniesienie lekarza okręgowego do innej miejscowości położonej w tym samym okręgu, ewentualnie w razie zwinięcia okręgu (§ 5.) do innego okręgu.

Wydział krajowy może zarządzić przeniesienie lekarza okręgowego w drodze dyscyplinarnej.

W gminach, o których mowa w § 2. niniejszej ustawy, pozostają ci lekarze gminni (miejscy), którzy urzędować będą w czasie wejścia w życie niniejszej ustawy i nadal na swych posadach, dopóki obowiązuje umowa z gminą poprzednio zawarta. Jednakże i do nich stosować się będą odtąd postanowienia niniejszej ustawy co do najniższej płacy i co do możności usunięcia lekarza gminnego.

§ 11. Lekarze gminni pobierają z kasy gminnej płacę, którą ustanowi Rada gminna (miejska).

Lekarze okręgowi pobierają płacę tudzież zwrot kosztów za podróże służbowe. Wysokość płacy *tudzież* wysokość *ryczałtu* za podróże służbowe dla każdego okręgu *ustanowi Wydział krajowy po wysłuchaniu opinii Wydziału powiatowego.* Wydatki na płace lekarzy okręgowych *nie przenoszące 1% podatków bezpośrednich przypisanych do poboru w całym powiecie (§ 12.)* ponosi fundusz powiatowy, koszta zaś podróży tych lekarzy fundusz krajowy.

Płaca lekarza gminnego lub okręgowego nie może być niższą jak *1000 koron.*

§ 12. Do funduszu powiatowego wpływać mają:

a) opłaty za oględziny zwłok, *tudzież za oględziny bydła i mięsa dokonywane przez lekarza okręgowego w gminie będącej siedzibą urzędową okręgu, o ile nie zaszły wypadki koniecznego zastąpienia tegoż lekarza w czynnościach oględzin przez ustanowionych zastępców oglądacza.*

b) przychody z zobowiązań prawnoprywatnych, służących do pokrycia wydatków na cele publicznej służby zdrowia, równie jak przychody fundacyj na ten cel przeznaczonych w gminach i obszarach dworskich, które należą do okręgów sanitarnych.

Jeżeli wydatki na płace lekarzy okręgowych po strąceniu przychodów pod a) i b) wyszczególnionych, a ewentualnie po dodaniu wydatku w § 13. przewidzianego, przenoszą razem 1% podatków bezpośrednich przypisanych do poboru w całym powiecie, natenczas fundusz krajowy obowiązany jest udzielić powiatowi subwencyi w wysokości owej przewyżki. *Gminy, w których ustanowiono siedziby urzędowe lekarzy okręgowych, obowiązane są prowadzić dokładne wykazy dochodów z oględzin zwłok, tudzież z oględzin bydła i mięsa i przesyłać do kasy Wydziału powiatowego dochody z opłat uzyskanych za oględziny dokonane przez lekarzy okręgowych.*

§ 13. Jeżeli do powiatu, opłacającego jednego lub więcej lekarzy okręgowych w myśl §§ 11. i 12. tej ustawy, należy gmina, która według § 2. (*ustęp 2-gi*) tej ustawy utrzymuje własną służbę sanitarną, natenczas Wydział krajowy oznaczy kwotę, która z funduszu powiatowego ma być wypłacaną corocznie tej gminie na jej własne wydatki sanitarne, a to z uwzględnieniem udziału tej gminy w opędzaniu ogólnych wydatków powiatowych, a przeto także wydatków powiatu na płace lekarzy okręgowych.

§ 14. Lekarze gminni i okręgowi są stałymi fachowymi organami, powołanymi do współdziałania przy wykonywaniu sanitarno-policyjnych obowiązków (§§ 3. i 4. ust. z dnia 30. kwietnia 1870, Nr. 68, Dz. p. p.) i mają z tego względu charakter urzędników publicznych.

Obowiązki służbowe lekarzy gminnych i okręgowych określi instrukcya, którą wyda polityczna władza krajowa w porozumieniu z Wydziałem krajowym, zasięgnąwszy opinii c. k. krajowej Rady zdrowia, zaś co do instrukcyi dla lekarzy miejskich w miastach mających własny statut, po wysłuchaniu także wniosków prezydenta miasta i Rady miejskiej. — W instrukcyi tej ma być określony szczegółowo także obowiązek tych lekarzy do leczenia bezpłatnego chorych ubogich i chorych dotkniętych chorobą zakaźną lub zaraźliwą.

Lekarzowi gminnemu lub okręgowemu nie wolno żądać, ani przyjmować wynagrodzenia od stron za wykonanie czynności wchodzących w zakres gminnej służby zdrowia.

Lekarze gminni obowiązani są bezpłatnie szczepić ospę w miejscu swej siedziby.

Lekarze okręgowi obowiązani są wykonywać szczepienie od ospy bezpłatnie w miejscu swej siedziby urzędowej, szczepienie zaś w okręgu po za obrębem swojej siedziby za poborem należytości, ustanowionej w miarę ilości szczepionych.

Lekarze okręgowi dokonyweć mają oględzin zwłok tudzież oględzin bydła i mięsa w gminie, która jest siedzibą urzędową okręgu sanitarnego.

W gminach, które zamianują ukwalifikowanych i z funduszów gminnych płatnych weterynarzy, wykonują oględziny bydła i mięsa ci weterynarze.

Politycznej władzy krajowej służy prawo zarządzać od czasu do czasu szczepienie ospy w okręgach sanitarnych przez lekarza powiatowego.

§ 15. Naczelnicy gmin (burmistrze) nadzorują czynność urzędową lekarzy gminnych i sprawują nad nimi władzę dyscyplinarną.

Nadzór nad czynnościami lekarzy okręgowych sprawują Wydziały powiatowe w zastępstwie Wydziału krajowego.

Dochodzenie dyscyplinarne należy wdrożyć, jeżeli lekarz zaniedbuje obowiązki urzędowe lub gdy stał się winnym innych przekroczeń służbowych.

Dochodzenie dyscyplinarne przeciw lekarzom okręgowym zarządza Wydział krajowy, bądź bezpośrednio przez własne organa urzędowe, bądź przez Wydział powiatowy.

Kary dyscyplinarne są: nagana, grzywna, która aż do wysokości *200 koron* może być nałożona, *przeniesienie na własny koszt do innego okręgu*, a wreszcie usunięcie ze służby.

Ze sprawozdań Wydziału krajowego.

Zaopatrzenie wdów i sierót po lekarzach okręgowych.

Rezolucyą, powziętą na posiedzeniu z d. 10. lipca 1902 Ls. 1371 polecił Wysoki Sejm Wydziałowi krajowemu:

ażeby wziął pod rozwagę sprawę przyznania lekarzom okręgowym prawa do emerytury, tudzież zaopatrzenia dla pozostałych po nich wdów i sierót.

Jak to w sprawozdaniu z czynności Dep. V. za czas od 1. listopada 1901 do 31. października 1902 przedstawiliśmy, odniósł się Wydział krajowy w wykonaniu tego polecenia reskryptem z d. 20. września 1902 l. 55.437 przedewszystkiem do Wydziałów powiatowych, jako władz bezpośrednio przełożonych lekarzy okręgowych, z wezwaniem o poddanie sprawy przyznania emerytury lekarzom okręgowym opinii Rady powiatowej i następnie przedłożenie nam tej opinii wraz z oświadczeniem, czy i w jakiej wysokości przyznałaby Rada pow. w danym razie udział z funduszu powiatowego we funduszu emerytalnym dla lekarzy okręgowych.

W relacyach, nadesłanych dotąd w odpowiedzi na reskrypt powyższy, oświadczyła się prawie połowa Wydziałów powiatowych przeciw przyznaniu emerytury lekarzom okręgowym, względnie uchwaleniu udziału powiatu w odnośnym funduszu. W motywach naprowadzonych w tej mierze podniesiono ze strony Wydziałów powiatowych, że środki finansowe powiatu i wzgląd na położenie materyalne ludności gmin, nie dozwoliły dotąd pomyśleć o zapewnieniu emerytury urzędnikom powiatowym, którzy jako ograniczeni jedynie do dochodów z płac, znajdują się w położeniu o wiele niekorzystniejszem, albowiem nie są w stanie zaoszczędzić coskolwiek na starość i zaopatrzenie swych rodzin, podczas gdy lekarze okręgowi obok czynności urzędowych, którym nie poświęcają swych sił wyłącznie, mogą i mają sposobność zapewnić sobie znaczne dochody z praktyki prywatnej dla zabezpieczenia przyszłości dla siebie i swych rodzin. Zaznaczono też nadto, iż powiaty ponoszą już z mocy ustawy ciężar na płace lekarzy okręgowych, nie mogą i nie powinny być pociągane do dalszych ofiar, których podwyższenie musiałoby się odbić nader dotkliwie na ubogiej ludności gmin, wywołując tem samem niepożądane rozgoryczenie.

Jakkolwiek zapatrywaniom tym nie można odmówić słuszności i Wydział krajowy świadomy położenia materyalnego kraju i jego wielkich potrzeb na innych polach gospodarstwa, których zaspokojenie wymaga doniosłych ofiar, z tem większą troskliwością oceniać musi potrzebę każdego ich podwyższenia — zwróciliśmy się jeszcze do Wydziałów krajowych innych prowincyj z prośbą o daty i wyjaśnienia, czy i w jaki sposób kwestya przyznania emerytur dla lekarzy okręgowych w tych krajach rozwiązaną została.

Z odpowiedzi otrzymanych w tym względzie przedewszystkiem skonstatować należy, iż sposób przeprowadzenia organizacyi gminnej służby zdrowia niemal w każdym kraju jest odmienny i że ustawa obowiązująca w kraju naszym nakłada odnośnie do lekarzy okręgowych większe ciężary na fundusz krajowy. Nadto z odpowiedzi tych wynika, iż w przeważnej liczbie krajów koronnych nie posiadają jeszcze lekarze okręgowi praw do emerytury — i uchwaliły je tylko Morawa i Kraina w całej pełni. Sejm karyntyjski przyznał zaopatrzenie tylko wdowom i sierotom po lekarzach okręgowych. Sejm czeski zaś uchwalił w roku 1900 na zaopatrzenia dla wdów i sierót po lekarzach okręgowych kredyt w kwocie . 2.000 K

w roku 1901 w kwocie . . . . 5.000 „

w roku 1902 „ . . . . 10.000 „

weszcie Sejm niższo-austryacki upoważnił Wydział krajowy do rozdziału w roku 1902 kwoty . . . . 5.000 K

pomiędzy wdowy po subwencyonowanych z funduszu krajowego lekarzach gminnych.

Nawiązując do szczegółów zawartych w relacyach Wydziałów powiatowych i wyżej przytoczonych, Wydział krajowy ze swej strony zaznaczyć musi, iż położenie materyalne lekarzy okręgowych polepsza się stopniowo, a to skutkiem przyznania wyższych płac i ryczałtów, które niemal w połowie okręgów już nastąpiło, tudzież dochodów z praktyki prywatnej, na którą lekarze zdolni i w swym zawodzie gorliwi — obok swych czynności urzędowych — bezsprzecznie w coraz szerszych rozmiarach liczyć mogą. Nie bez wpływu materyalnego jest tu również fakt, że lekarze okręgowi pełnić mogą i spełniają obok swej służby również obowiązki lekarskie w kasach chorych u rozlicznych przedsiębiorstw przemysłowych, a nadto powoływani bywają na płatnych rzeczoznawców sądowych, które to czynności zapewniają im pewne dochody umożliwiające polepszenie egzystencyi i zaoszczędzenie na przyszłość.

W miarę zaś pozyskania ludności okręgu i wzbudzenia w niej wiary i zaufania w pomoc lekarską gorliwie i umiejętnie niesioną — co już wyłącznie od lekarza samego jest zależnem — szuka tej pomocy i ludność wiejska nietylko w drodze bezpłatnej, lecz chętnie wynagradza wedle możności pracę i trudy lekarza.

Podnosząc te szczegóły, nie czynimy tego w zamiarze zapoznawania trudnego położenia tych lekarzy okręgowych, którzy kierowani gorliwością w służbie, często z narażeniem zdrowia i życia spełniają swe obowiązki, pragnęliśmy zaznaczyć tylko, iż lekarze zdolni, pojmujący sumiennie obowiązki mogą liczyć obok zajęć urzędowych również na wydatne dochody z praktyki zawodowej.

Wydział krajowy uznaje jednak za słuszne i sprawiedliwe, iżby w wypadkach nieszczęśliwych, gdy lekarz okręgowy zaskoczony śmiercią na stanowisku pozostawia niezaopatrzoną wdowę i sieroty — zapewnioną im była odpowiednia zapomoga z funduszów krajowych.

Powodując się tedy odczutą potrzebą przyjścia z pomocą w takich wypadkach — a zarazem troskliwem ocenieniem stosunków finansowych i potrzeb kraju naszego, na który ustawa o organizacyi okręgowej służby zdrowia większe nałożyła ciężary, aniżeli to ma miejsce w innych o wiele bogatszych krajach Monarchii — tudzież z uwagi na szczegóły naprowadzone w niniejszem sprawozdaniu, — Wydział krajowy w wykonaniu polecenia zawartego w rezolucyi z d. 10. lipca 1902 l. s. 1371 ograniczyć się musi do wniosku o przyznanie zaopatrzenia wdowom i sierotom po lekarzach okręgowych zmarłych w czynnej służbie — i uprasza:

Wysoki Sejm powziąć raczy następujące uchwały:

Sejm przeznacza z funduszów krajowych kredyt w sumie 10.000 K na zapomogi dla wdów i sierót pozostałych po lekarzach okręgowych zmarłych w czynnej służbie i upoważnia Wydział krajowy do wstawienia powyższej kwoty do preliminarza budżetu na rok 1906.

Sejm upoważnia Wydział krajowy do rozdzielania tych zapomóg w miarę uznania ich potrzeby i wysokości a to po zasiągnięciu opinii Wydziałów powiatowych, z tem zastrzeżeniem, iż przyznanie zapomóg stałych zależnem będzie od uchwały Sejmu powziętej na poszczególny wniosek Wydziału krajowego.

Regulacya płac lekarzy szpitali prowincyonalnych.

Przy rewizyi rozporządzenia z dnia 19. października 1897 L. 64.577 odnoszącego się do regulacyi płac lekarzy szpitali prowincyonalnych, Wydział krajowy uchwalił:

a) ustalić wysokość płac dyrektorów szpitali prowincyonalnych, ustanawiając dla tych płac sześć klas, odpowiadających sześciu grupom, na jakie szpitale zostały podzielone, a mianowicie:

Dla I. klasy płaca wynosi 2.400 K — klasa ta obejmuje tylko szpital w Przemyślu.

Płaca w drugiej klasie wynosi 2.200 K; w tej grupie są dwa szpitale w Stanisławowie i w Tarnowie.

Płaca w trzeciej klasie wynosi 2.000 K; grupa ta obejmuje szpitale w Żółkwi, Drohobyczu, Stryju, Tarnopolu i Białej.

Płaca w czwartej klasie wynosi 1.800 K; do grupy tej należą szpitale w Sokalu, Kołomyi, Rzeszowie i Podhajcach.

Płaca w piątej klasie wynosi 1.600 K; odpowiada grupie obejmującej szpitale w Złoczowie, Jarosławiu, Żywcu, Brodach, Samborze, Brzeżanach, Przemyślanach, Zaleszczykach, Nowym Sączu Sanoku, Bochni, Śniatynie, Husiatynie, Lubaczowie i Gorlicach; nareszcie

płaca w szóstej klasie wynosi 1.400 K; tu należą tylko dwa szpitale w Wadowicach i Krośnie.

b) Dla płac sekundaryuszów ustanowiliśmy tylko dwie klasy — 1.200 i 1.000 K, przyznawanych wedle uznania Wydziału krajowego.

c) Z reguły w każdym szpitalu oprócz dyrektora będzie mianowany sekundaryusz; więcej sekundaryuszów może być ustanowionych wówczas, gdy według dziennego przecięcia w szpitalu przypada na jednego lekarza więcej niż pięćdziesiąt chorych.

d) Z reguły tylko jeden sekundaryusz może być stabilizowany w każdym szpitalu; inni zaś będą mianowani tylko czasowo na lat dwa.

Nadwyżki płac, wynikające z tej regulacyi asygnowano od 1. marca 1904 w tych tylko szpitalach, w których przewidziana nadwyżka budżetów na to zezwala; w innych podwyższenie nastąpi w r. 1905. LW. 16.372/904.

W sprawie mianowania sekundaryuszów na kliniki.

C. k. Namiestnictwo odezwą z dnia 27. listopada 1902 do l. 92.683 uwiadomiło nas, że pan Minister Wyznań i Oświecenia prośby przełożonych klinik położniczej i dermatologicznej o pomnożenie na ich klinikach liczby asystentów nie uwzględnił, natomiast polecił c. k. Namiestnikowi odnieść się do Wydziału krajowego o przydzielenie do wspomnianych klinik lekarzy sekundaryuszów, albowiem pomnożenie pomocniczych sił lekarskich w tych klinikach jest uzasadnione potrzebą nie nauki klinicznej, lecz należytej obsługi chorych, umieszczonych w salach, dla których jako stano-

wiących oddział szpitalny powinien być lekarz przydzielony ze strony szpitala. Przydzielenie takich sekundaryuszów do klinik nie zostało wprawdzie w umowie z r. 1892 wyraźnie powiedziane, wynika jednak dość jasno, chociaż tylko pośrednio z postanowienia artykułu VII. tej umowy, „że sekundaryusze szpitalni na klinikach będą podlegali profesorom jako prymaryuszom“. Na tej podstawie c. k. Namiestnictwo prosiło o przydzielenie sekundaryusza dla każdej z wspomnianych czterech klinik i o uwiadomienie c. k. Namiestnictwa o wydanem zarządzeniu.

W odpowiedzi na odezwę powyższą, a w szczególności na objawione w niej zapatrywania, jakoby pomnożenie sił lekarskich na oddziałach klinicznych uzasadnione było potrzebą należytej obsługi chorych, do której mieliby być przydzieleni sekundaryusze szpitalni, zaznaczyliśmy przedewszystkiem, iż w kosztach zwyczajnego szpitalnego leczenia i utrzymania chorych na oddziałach klinicznych, które w myśl art. X. umowy z r. 1892 ponosi fundusz krajowy, mieszczą się wszystkie wydatki z tem połączone, a więc i płace potrzebnego personalu lekarskiego, administracyjnego i t. p., które to wydatki szpital rzeczywiście pokrywa z ustanowionej taksy dziennej po 1 K 60 gr. za każdego chorego, także i klinikom wypłacanej. Żądanie więc przydzielenia ponadto sekundaryuszów szpitalnych dla obsługi lekarskiej chorych, pomieszczonych na oddziałach klinicznych, o ile stać by się to miało na koszt funduszu krajowego, uważać musimy jako przekraczające granice zobowiązań, jakie fundusz krajowy na siebie przyjął, zwłaszcza, iż pomnożenie personalu lekarskiego, względnie asystentów klinicznych, jakiego domagali się pp. profesorowie, motywowanem jest wyraźnie celami nauki, przeto nie może być uważane, jako wynikające z potrzeby zwykłej szpitalnej obsługi lekarskiej chorych, której koszt, jak to wykazaliśmy, znajduje pokrycie w wypłaconej taksie leczenia. Nie możemy też podzielać zapatrywania, jakoby w brzmieniu artykułu umowy z r. 1892 wynikać miał chociażby pośrednio obowiązek Wydziału krajowego przydzielania sekundaryuszów szpitalnych do klinik. Cały bowiem art. VII. ma niewątpliwie na celu uregulowanie stosunku klinik i profesorów do władz szpitalnych, a nie jakiekolwiek zobowiązania kraju lub szpitala wobec klinik.

Oświadczyliśmy przeto, iż tylko pod tym warunkiem moglibyśmy przystąpić do mianowania sekundaryuszów dla oddziałów klinicznych, jeśli wynikająca stąd nadwyżka wydatków ponad normę szpitalną pokryta zostanie z c. k. Skarbu państwa, a nadto wykonywane będą w całej rozciągłości postanowienia zasadnicze artykułu VII. umowy, traktujące o obowiązkach i stanowisku kierowników oddziałów klinicznych do szpitala i obowiązujących instrukcyi. Jak to bowiem w odezwie naszej z dnia 27. grudnia 1893 roku do l. 81.261 przedstawiliśmy i z późniejszych komunikatów c. k. Namiestnictwa wiadomo, istniejący stan rzeczy nie odpowiada postanowieniom powołanego artykułu umowy, a jak sądzimy, obustronnie pożądanem jest, iżby dotychczasowe prowizoryum, stwarzające trudności nietylko w powyższym kierunku, lecz wogóle i co do innych postanowień tej umowy, jak najrychlej przez stałe unormowanie wzajemnych stosunków zastąpionem zostało.

W sprawie pomieszkań sekundaryuszy w szpitalu lwowskim.

W załatwieniu sprawozdania Komisyi sanitarnej o sprawozdaniu Wydziału krajowego z czynności Departamentu V. powziął Wysoki Sejm na posiedzeniu z dnia 24. października 1903, między innemi, następującą uchwałę: „9. Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby zbadał i powziął pod rozwagę sprawę pomieszczenia sekundaryuszy w szpitalu lwowskim i aby przedłożył Sejmowi sprawozdanie na najbliższej sesyi“.

W wykonaniu polecenia tego przedstawiamy, że obecnie w szpitalu lwowskim mieszka tylko trzech sekundaryuszów — dwóch w gmachu głównym i jeden w zakładzie położnic. Każdy z nich ma po jednym pokoju. Z dwóch sekundaryuszów, mieszkających w gmachu głównym, jeden należy do oddziału chirurgicznego, drugi do oddziału wewnętrznego. Na pomieszczenie większej liczby sekundaryuszów, gmach szpitala lwowskiego, w obecnym swym stanie nadmiernego przepełnienia, skutkiem wprowadzenia doń klinik: okulistycznej i dermatologicznej, absolutnie miejsca niema. Jedynie usunięcie z gmachu szpitalnego do osobnych budynków obu klinik, oraz ośmiu klinicznych Sióstr Miłosierdzia, dozwoliłoby przywrócić chorym szpitalnym przepisaną hygienę minimalną na jedno łóżko co do przestrzeni i powierzchni i dałoby możność z niewątpliwym pożytkiem dla szpitala urządzenia przy każdym oddziale po jednym pokoju na mieszkanie dla sekundaryusza.

Zmiana etatu posad i płac szpitalnej służby lekarskiej.

Wydział krajowy wnosi, aby płacę dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie zrównano z płacą dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie, nadal więc pobierać ma dyrektor szpitala krakowskiego o 600 K więcej a mianowicie: płacy 5.800 K, relutum na mieszkanie 1.200 K i dodatek pięcioletni 600 K.

Jedna posada sekundaryusza I. klasy w szpitalu św. Łazarza ma być zwinięta, a natomiast podobnie, jak to już ma miejsce we Lwowie, będzie utworzoną nowa posada kierownika oddziału chorób zakaźnych z płacą 1.600 koron, 3 dodatkami pięcioletnimi po 200 koron i pomieszkaniem w spitalu z opałem i światłem.

W Zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie proponuje Wydział krajowy uregulowanie poborów dyrektora, aby wynosiły: płaca 6.000 koron, trzy dodatki pięcioletnie po 600 koron, pomieszkanie z opałem i światłem i wikt I. kl. względnie relutum.

Zwiększony personal lekarski w tym zakładzie będzie nadal liczył dziewięciu lekarzy a mianowicie trzech prymaryuszy, trzech sykundaryuszy, jednego asystenta stałego i dwóch asystentów, mianowanych na 2 lata.

Asystent stały pobiera: 1.500 koron, płacy, trzy dodatki pięcioletnie po 200 koron, pomieszkanie, opał, światło i wikt lub relutum.

Dwaj inni asystenci pobierają płacy po 1.400 koron, pomieszkanie, opał, światło i wikt.

Płace prymaryuszy i sekundaryuszy pozostają bez zmiany.

Płace asystentów i sekundaryuszy są mniej więcej zrównane z płacami pisarzy szpitalnych, lub dozorców domu. Tak np. pisarz w szpitalu lwowskim i w szpitalu krakowskim według wniosków, przedłożonych równocześnie Sejmowi przez Wydział krajowy, będą pobierali po 1.320 koron pisarz w Kulparkowie 1.260 koron, szpitalni dozorcy domu po 1.320 koron.

Rozszerzenie Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie o 500 łóżek.

Wydział krajowy żąda w tej sprawie podwyższenia udzielonego już kredytu o 392.450 koron t. j. łącznej sumy 1,578.000 koron.

Szpitale prowincyonalne.

Wydział krajowy wnosi, by Sejm uchwalił, że należy odbudować spalony szpital w Złoczowie na 100 łóżek oraz zabudowania ubocznie na innem odpowiedniejszem miejscu i by Sejm upoważnił Wydział krajowy do zaciągnięcia pożyczki w tej wysokości, jaka okaże się potrzebną do pokrycia połowy kosztów tych budowli.

Dalej wnosi Wydział krajowy o uznanie szpitala w Turce za powszechny i publiczny, o przeznaczenie z funduszu krajowego 80.000 koron. na pokrycie $^1/_3$ części kosztów budowy szpitali powszechnych w Kossowie i Nadwornie, o upoważnienie do zaciągnięcia pożyczki na pokrycie połowy kosztów budowy pawilonu izolacyjnego, domu gospodarskiego, trupiarni i lodowni, tudzież rozszerzenia domu administracyjnego przy szpitalu powszechnym w Stryju. o uznanie potrzeby zbudowania w Nowym Sączu nowego szpitala na 100 łóżek, oraz zabudowań ubocznych na innem, odpowiedniejszem miejscu i o upoważnienie do zaciągnięcia pożyczki w celu pokrycia połowy kosztów tych budowli i nabycia gruntu, wreszcie o zezwolenie Reprezentacyi powiatowej w Złoczowie na zaciągnięcie imieniem powiatu pożyczki w kwocie 120.000 koron, na pokrycie połowy kosztów budowy powiatowego szpitala powszechnego w Złoczowie.

Ogólny pogląd na rozwój szpitali prowincyonalnych od chwili objęcia w zarząd kraju.

Napisał Dr. Jan Stella-Sawicki, inspektor szpitali.
(Ciąg dalszy.)

W takich warunkach trudny był postęp i tylko bardzo powoli można było osiągnąć pożądane rezultaty.

W 1875 r. wszystkie szpitale już miały prymaryuszów, doktorów medycyny i chirurgii, a chirurdzy byli dopuszczani tylko na posady pomocniczych lekarzy. Wielu zarządców usunięto i na ich miejsce przyjęto nowych. Wybór czasami trafnym nie był i potrzeba było zmieniać ich ponownie, lecz już sama częsta zmiana musiała spowodować zaostrzenie dyscypliny i stworzenie należytych stosunków służbowych i większy posłuch centralnej władzy autonomicznej. Wprowadzono także należyty rygor wśród dozorców, pielęgnujących chorych, oszczędność we wszystkich wydatkach i ściślejszą kontrolę rachunków gospodarczych.

Od czasu przejścia szpitali w zarząd kraju zaczęło się ulepszanie budynków szpitalnych. W 1871 zakupiono w Bochni, a w 1872 w Złoczowie prywatne duże budynki na pomieszczenie chorych. W 1873 rozszerzono szpital Żółkiewski budową pawilonu, do którego przeniesiono ze Lwowa część umysłowo-chorych mężczyzn nieuleczalnych, a niebezpiecznych społeczeństwu, w celu zmniejszenia kosztów utrzymania ich. W następnym roku, po przekonaniu się, że pomysł był korzystnym dla funduszu krajowego, w szpitalu przemyskim przybudowano osobne skrzydło dla pomieszczenia umysłowo-chorych kobiet, a przytem naprawiono i stary budynek. W Jaśle przybudowano po dwie wielkie sale na każdem skrzydle szpitala, w Podhajcach przybył nowy szpital, w Białej w r. 1874 przybudowano lewe skrzydło. W 1877 w Brodach, w Stryju i Sanoku wybudowano nowe szpitale, w pierwszym z nich z własnych funduszów, zebranych z różnych ofiar i datków dobroczynnych, a w dwóch ostatnich za pieniądze pożyczone wskutek zezwolenia Sejmu. W tymże roku kupiono prywatny dom w Śniatynie i przerobiono go na szpital. W 1878 w Sokulu otwarto nowy szpital powszechny: w 1879 przybudowano skrzydło w szpitalu stanisławowskim.

W latach od 1881 do 1886 nastąpił zwrot bardzo niekorzystny dla szpitali prowincyonalnych, albowiem w ciągu czasu tego zakłady nasze lecznicze zaczęły cofać się wstecz do tego stanu, z jakiego dzięki poprzednim zarządzeniom Wydziału krajowego szpitale wyszły. Powodem było, iż sprawy sanitarne pochłaniały bardzo wielką część budżetu rocznego ze szkodą innych gałęzi gospodarstwa krajowego. Postanowiono więc wstrzymać się z wydatkami na inwestycye i wydano zarządzenia, dążące do wprowadzenia największych oszczędności. Nakazano przedewszystkiem znieść rezerwowe fundusze, które się już potworzyły w wielu szpitalach i stały się niezmiernie pożytecznemi dla uregulowania gospodarstwa. (Tworzenie tych rezerwowych funduszów w szpitalach było nakazane ministeryalnem rozporządzeniem z r. 1857). Nadto polecono oddziałowi rachunkowemu zniżyć taksę leczenia ubogich kosztem tych rezerwowych funduszów i polecono zwracać ciągłą uwagę, aby szpitale kosztowały jak najmniej.

Zarządzenia te sprowadziły pewną oszczędność w ogólnych wydatkach, ale oszczędność ta trwała tylko rok jeden. Ogólna bieda w kraju, brak przemysłu fabrycznego, niepomierne podatki i sposób ściągania ich, nareszcie zwiększanie się ludności powodowały coraz to gwałtowniejsze zwiększanie się proletaryatu, wśród którego zwykle się szerzą choroby różnego rodzaju i przepełniły szpitale. Dodać należy do tego i tę okoliczność, że ulepszenia wprowadzone po objęciu szpitali w zarząd Wydziału krajowego zmniejszyły ten wstręt i obawy, jakie ludność miała przed szpitalami do tego czasu.

(Dokończenie nastąpi.)

KRONIKA.

Wielu Kolegów zalega jeszcze z przedpłatą pomimo parokrotnych przypomnień. Nieregularne nadsyłanie prenumeraty tamuje rozwój pisma. Przypominamy więc jeszcze raz zalegającym, by przedpłatę uiścić zechcieli.

W grudniu załączymy dla wszystkich prenumeratorów czeki na przesłanie przedpłaty na rok 1905, o ile nie została już poprzednio zapłacona.

Błędne adresy. Prosimy Kolegów o donoszenie o każdej zmianie adresu, gdyż z powodu błędnych adresów następuje przerwa w otrzymywaniu pisma.

Przygody okręgowca. Kol. dr. Roicki prosi nas o stwierdzenie, że w nowelce p. t. „Przygody okręgowca“ skutkiem przeoczenia zecera opuszczono dopisek, wyjaśniający, jako nowelka ta jest przeróbką z powieści jednego z wybitnych pisarzy rosyjskich. Opuszczenie tego wyjaśnienia mogło postawić tłómacza w fałszywem świetle, jakoby chciał się stroić w obce pióra i jakoby cudze płody literackie za swe utwory podawał.

Zarazem nadmieniamy, że z naszego odcinka z reguły wykluczamy wszelkie przeróbki i tłómaczenia a podajemy oryginalne próbki literackie lekarzy. Dla przeróbki kol. dr. Roickiego uczyniliśmy wyjątek ze względu na to, że tłómacz przystosował tłómaczenie do bardzo aktualnej obecnie sprawy lekarzy okręgowych.

Dla Tow. Samopomocy lekarzy nadesłali: p. Wehrn z Mikoła

Fundusz samoobrony. Pozostało 1084 kor. 28 hal. Nadesłali: Prof. dr. Łazarski 50 kor., dr. Bąkowski 1·—, dr. Benoni 4·—, dr. Blumenblat, 2·—, dr. Bujalski 2·—, dr. Pelczar 5·—, dr. Piotrowski (Cieszanów) 3·— dr. Przybylski 1·—, dr. Smorągiewicz 2·—, dr. Weinreb 1·—. **Pozostaje 1155·28**

Kącik humorystyczny.

Przyczynek do nomenklatury ginekologicznej.

Rezolutna kobiecina rozpowiada lekarzowi tak szeroko o swych rozlicznych dolegliwościach, że ten, chcąc nieco wielomowność jej ograniczyć, odzywa się:

— Moja kobieto, czy to w samej istocie tak was boli, jak mówicie?

— W samej istocie, to mię to tak proszę najjaśniejszego konsejstorza i wielmożnego kancelisty nie boli, tylko „koło istoty“. *W.*

Zatrudnienie.

Nowomianowany „doktór gminny“ (tak zwykle lud tytułuje wiejskich oglądaczy zwłok), psuje sobie już chwilę głowę, jak w kartce pośmiertnej dla 5-cio miesięcznego małego dziecka wypełnić rubrykę „zatrudnienie“. Nareszcie po dłuższym namyśle wciąga: „zatrudnienie, jak zwykle, przy cycku“. *W.*

Wykaz prenumeratorów.

(Ciąg dalszy).

Dr. Roicki 3·—, dr. Sochacki 6·—, dr. Wachtel 9·—, dr. Bąkowski 3·—, dr. Bałłaban 9·—, doc. dr. Barącz 3·—, dr. Bełzowski 3·—, dr. Benoni 3·—, dr. Bienenwald 6·—, dr. Blumenblatt 3·—, dr. Bujalski 3·—, dr. Damm 3·—, dr. Doboszyński 3· , dr. Drzewicki 3·—, dr. Ebers 3·—, dr. Gabryszewski (Bóbrka) 3·—, dr. Goldhaber 3·—, dr. Grabscheid 6·—, dr. Hołobut 3·—, dr. Konera 3·—, dr. Krasowski 3·—, dr. Lanes 9·—, prof. dr. Łazarski 9·—, dr. Lubowiedzki 6·—, prof. dr. Machek 6·—, dr. Maciejowicz 3·—, dr. Majewski (Niepołomice) 3·—, dr. Markl 3·—, dr. Józef Merunowicz 9·—, dr. Michalik (Tarnopol) 3·—, dr. Miczulski 3·—, dr. Misky 3·—, dr. Ozimek 3·—, dr. Pajączkowski 3·—, dr. Pelczar 3·—, dr. Pick (Śląsk) 10· , dr. Pietrzycki 3·—, dr. Piotrowski (Cieszanów) 3·—, dr. Pisek 3·—, dr. Przybylski 3·—, dr. Przysłópski 4·—, dr. Rawski 3·—, dr. Reinhold 3·—, dr. Rieser 6·—, dr. Rubinstein 3·—, dr. Schellenberg 3·—, dr. Siedlecki 6·—, dr. Smorągiewicz 3·—, dr. Sokal 9·—, dr. Sokołowski 1·50, dr. Stanowski 6·—, dr. Sturm 6·—, dr. Surzycki 3·—, dr. Szponder 3·—, dr. Terlecki 3·—, dr. Torczyński 3·—, dr. Urech 3·—, dr. Waligórski 1·20, p. Wehrn 3·—, dr. Weinreb 3·—, dr. Wisłocki 3·—, dr. Wyrzykowski 12·—, dr. Żędzianowski 3·—.

Lw. 97569/904.

Konkurs.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Przemyślanach.

Kandydaci powinni **najpóźniej do 31. października 1904** wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia, na dowód że kandydujący nie przekroczył 40 r. życia;

b) Dowodu obywatelstwa austryackiego;

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, upoważniającego go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca o rocznych 1000 koron.

Stabilizacya na tej posadzie, nadającej prawo do emerytury, może nastąpić po roku gorliwej i pożytecznej służby.

We Lwowie dnia 3. października 1904.

Piotrowski.

Z „Drukarni Udziałowej“ Lwów, ul. Kopernika l. 20